

Violência sob o Olhar da Saúde

a infrapolítica da contemporaneidade brasileira



Maria Cecília de Souza Minayo
Edinilsa Ramos de Souza
Organizadoras



Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira

Maria Cecília de Souza Minayo
Edinilsa Ramos de Souza
(orgs.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

MINAYO, M. C. S., and SOUZA, E. R., eds. *Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003, 284 p.
ISBN: 978-65-5708-115-0. <https://doi.org/10.7476/9786557081150>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Violência sob o Olhar da Saúde

a infrapolítica da contemporaneidade brasileira



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Paulo Gadelha

Vice-Presidente de Ensino, Informação e Comunicação

Nísia Trindade Lima

EDITORAFIOCRUZ

Diretora

Nísia Trindade Lima

Editor Executivo

João Carlos Canossa Mendes

Editores Científicos

Gilberto Hochman e Ricardo Ventura Santos

Conselho Editorial

Ana Lúcia Teles Rabello

Armando de Oliveira Schubach

Carlos E. A. Coimbra Jr.

Gerson Oliveira Penna

Joseli Lannes Vieira

Ligia Vieira da Silva

Maria Cecília de Souza Minayo

Violência sob o Olhar da Saúde

a infrapolítica da contemporaneidade brasileira

Maria Cecília de Souza Minayo
Edinilsa Ramos de Souza
Organizadoras

2ª Reimpressão



Copyright © 2003 dos autores
Todos os direitos desta edição reservados à
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/ EDITORA

ISBN: 85-7541-028-8

1ª edição: 2003

1ª reimpressão: 2006

2ª reimpressão: 2011

Capa, Projeto Gráfico: *Carlota Rios e Gordeeff*

Editoração Eletrônica: *Cláudio Roberto e Gordeeff*

Revisão e Padronização de Originais: *Renata Bonfim*

Revisão Final: *Cecília Moreira*

Catálogo na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

795v Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da
 contemporaneidade brasileira./ organizado por Maria Cecília
 de Souza Minayo et al. Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2003.

[284]p.

1. Violência-tendências 2. Vulnerabilidade 3. Causa
Básica de Morte 4. Saúde 5. Acidentes I. Souza, Edinilsa
Ramos de (org)

CDD - 20.ed. - 304.640981

2011
EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 – 1ª andar – sala 112 – Manguinhos
21041-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 3882-9039 e 3882-9041
Telefax: (21) 3882-9006
e-mail: editora@fiocruz.br
www.fiocruz.br/editora



AUTORES

Maria Cecília de Souza Minayo
(organizadora)

Doutora em Ciências, professora e pesquisadora do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (CLAVES) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

Edinilsa Ramos de Souza
(organizadora)

Doutora em Ciências, professora e pesquisadora do Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde (DEMQS) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP)/CLAVES/FIOCRUZ

Simone Gonçalves de Assis

Doutora em Ciências, professora e pesquisadora do DEMQS/ENSP/CLAVES/FIOCRUZ

Suely Ferreira Deslandes

Doutora em Ciências, professora e pesquisadora do Instituto Fernandes Figueira (IFF)/CLAVES/FIOCRUZ

Romeu Gomes

Doutor em Ciências, professor e pesquisador do IFF/CLAVES/FIOCRUZ

Kathie Njaine

Doutoranda em Saúde Pública, pesquisadora-bolsista do CLAVES/FIOCRUZ

Patrícia Constantino

Doutoranda em Saúde Pública, pesquisadora-bolsista do CLAVES/FIOCRUZ

**Cosme Marcelo
Furtado Passos da Silva**

Doutorando em Engenharia Biomédica, ex-pesquisador-bolsista do CLAVES/FIOCRUZ e estatístico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

Ana Cristina Reis

Mestre em Saúde Pública, sanitarista do Departamento de Dados Vitais da Secretaria de Estado da Saúde (SES-RJ) e pesquisadora/bolsista do CLAVES/FIOCRUZ

Liana Ximenes

Mestranda em Saúde da Criança e da Mulher do IFF e pesquisadora-bolsista do CLAVES/FIOCRUZ

Juaci Vitória Malaquias

Mestrando em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais e pesquisador-bolsista do CLAVES/FIOCRUZ

Nilton César dos Santos

Mestrando em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais e pesquisador-bolsista do CLAVES/FIOCRUZ

João Paulo Costa da Veiga

Atuário, pesquisador-bolsista do CLAVES/FIOCRUZ

Cláudio Felipe Ribeiro da Silva

Mestrando em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais e pesquisador-bolsista do CLAVES/FIOCRUZ

Alessandra Jesus Machado Cruz

Bibliotecária-bolsista do Núcleo de Informação e Documentação do CLAVES/FIOCRUZ

Hynajara Boueris da Silva

Bolsista de Aperfeiçoamento do CNPq e bibliotecária-bolsista do Núcleo de Informação e Documentação do CLAVES/FIOCRUZ

Fátima Cristina L. dos Santos

Bibliotecária-bolsista do Núcleo de Informação e Documentação do CLAVES/FIOCRUZ

Cristiano de Oliveira Moreira

Comunicador social-bolsista do CLAVES/FIOCRUZ

Karina Ferreira Borges

Graduada em Estatística e bolsista do CLAVES/FIOCRUZ

Isabela Gomes da Fonseca

Graduada em Estatística, bolsista de Iniciação Científica do CNPq

Felipe Alves da Silva

Graduando em Pedagogia, bolsista de Iniciação Científica do PIBIC

Cintia Rita de Oliveira Magalhães

Graduada em Psicologia, bolsista de Iniciação Científica do CNPq

Danilo Bilate de Carvalho

Graduando em Psicologia, bolsista de Iniciação Científica do CNPq

Ana Maya Szuchmacher

Graduada em Psicologia, bolsista de Iniciação Científica do PIBIC

SUMÁRIO

Prefácio	9
Apresentação	13
Parte I	
1. A Violência Dramatiza Causas <i>Maria Cecília de Souza Minayo</i>	23
2. Tendências da Produção Científica Brasileira sobre Violência e Acidentes na Década de 90 <i>Edinilsa Ramos de Souza, Maria Cecília de Souza Minayo, Kathie Njaine, Alessandra Jesus Machado Cruz, Hynajara Boueris da Silva, Fátima Cristina Lopes dos Santos & Cristiano de Oliveira Moreira</i>	49
3. Análise Temporal da Mortalidade por Causas Externas no Brasil: décadas de 80 e 90 <i>Edinilsa Ramos de Souza, Maria Cecília de Souza Minayo, Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva, Ana Cristina Reis, Juaci Vitória Malaquias, João Paulo Costa da Veiga, Nilton Cesar dos Santos, Karina Ferreira Borges & Cláudio Felipe Ribeiro da Silva</i>	83
4. Análise da Morbidade Hospitalar por Lesões e Envenenamentos no Brasil em 2000 <i>Maria Cecília de Souza Minayo, Edinilsa Ramos de Souza, Juaci Vitória Malaquias, Ana Cristina Reis, Nilton Cesar dos Santos, João Paulo Costa da Veiga, Cláudio Felipe Ribeiro da Silva & Isabela Gomes da Fonseca</i>	109
5. Avanços do Conhecimento sobre Causas Externas no Brasil e no Mundo: enfoque quanti e qualitativo <i>Edinilsa Ramos de Souza, Liana Furtado Ximenes, Felipe Alves, Cintia Magalhães, Danilo Bilate, Ana Maya Szuchmacher & Juaci Malaquias</i>	131

Parte II

6. Violência contra Crianças e Adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90 163
Simone Gonçalves de Assis & Patrícia Constantino
7. A Mulher em Situações de Violência sob a Ótica da Saúde 199
Romeu Gomes
8. As Múltiplas Mensagens da Violência contra Idosos 223
Maria Cecília de Souza Minayo & Edinilsa Ramos de Souza
9. Drogas e Vulnerabilidade às Violências 243
Suely F. Deslandes
10. Informação e Comunicação sobre Violência: instrumentos para a cidadania 269
Kathie Njaine & Edinilsa Ramos de Souza

PREFÁCIO

As obras dedicadas à vasta e complexa problemática da violência tematizam seu objeto por ângulos distintos: ora privilegiando a reflexão teórico-conceitual; ora focalizando aspectos metodológicos, segundo perspectivas qualitativas ou quantitativas; ora circunscrevendo-o historicamente e elaborando-o política, cultural e socialmente; ora recortando-o por um prisma naturalista, biológico; ora abordando-o sob uma ótica psicológica; ora submetendo-o à disciplina do direito; ora tratando-o segundo viés filosófico; ora dedicando-se a descrever, classificar e comparar suas manifestações e seus efeitos; ora concebendo, propondo ou relatando experiências de políticas públicas destinadas a controlar sua incidência. Raras, raríssimas são aquelas que compreendem a multidimensionalidade do objeto, em um único movimento hermenêutico-cognitivo de apreensão, amparado simultaneamente na densidade de estudos especializados e na ousadia transversal de pesquisas transdisciplinares.

O livro que você tem nas mãos é um exemplo precioso dessa combinação excepcional na vida acadêmica e no debate público qualificado: passa a limpo a produção brasileira, lançando olhares a contribuições internacionais com radical disposição transdisciplinar, ao mesmo tempo em que, com sofisticação metodológica e consistência empírica, revisa os dados nacionais, regionais, estaduais e locais sobre as chamadas mortes por “causas externas”, isto é, provocadas por práticas que precipitam a morte em corpos com saúde suficiente para reproduzir as condições necessárias à extensão da vida. Morte de homens e mulheres saudáveis constitui um problema que se poderia diagnosticar como a “doença” da sociedade, a patologia de fatores exógenos ou uma questão de saúde pública.

Celebrando quinze anos do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (Claves), as professoras Cecília Minayo e Edinilson Souza, com 22 auxiliares, presenteiam pesquisadores, especialistas e o público interessado com um notável *tour de force* intelectual que se tornará referência obrigatória na área dos estudos sobre violência, saúde pública, criminalidade, segurança no trânsito, no trabalho e no espaço doméstico, vitimização de mulheres, idosos, crianças e adolescentes, vulnerabilização de determinados grupos sociais, drogas e participação da mídia nesse conjunto heterogêneo de dinâmicas.

A leitura é desafiadora e desestabiliza imagens unilaterais, reducionistas, unidimensionais e simplificadoras de fenômenos e processos, causas e conseqüências. Por outro lado, o constante questionamento de fundamentos, pontos de vista, teorias e métodos de observação, descrição e análise não vem acompanhado de retórica pretensiosa ou do mais leve traço de arrogância. Pelo contrário, procura-se aproveitar com generosidade ecumênica e includente, avessa a todo dogmatismo e refratária ao ecletismo acrítico e diluidor, as mais diversas contribuições, provenientes dos mais diferentes campos do conhecimento, sem prejuízo da acuidade seletiva e da lucidez que hierarquiza, exclui, nega e supera versões e visões.

Aprendemos que os homicídios dolosos já constituem a segunda causa de mortes no Brasil e, em certas faixas etárias, a primeira. Entre as causas externas, os “acidentes de trânsito” ocupam o segundo lugar, se submetermos os tipos de vitimização a uma desalentadora competição trágica. A tendência tem sido o crescimento dos homicídios, que já representam uma epidemia. Os suicídios se multiplicam no sul. As faixas etárias que correspondem à juventude concentram o risco de vitimização letal, mas os indicadores variam conforme a região do país. Portanto, é preciso evitar as generalizações quanto aos tipos de violência, aos locais e aos demais fatores geográficos, sociais e individuais. O que não varia é o gênero da vítima: nos principais casos observados, os indivíduos do gênero masculino são mais suscetíveis aos processos de vitimização.

Esta obra que comemora quinze anos de vida institucional, consagra a maturidade reflexiva, a extensão do interesse, a riqueza das pesquisas e a consistência das conclusões sintéticas sobre a história recente brasileira e a trajetória intelectual que cumprimos, no campo de estudos sobre a violência. Por adotar o viés da saúde pública, trabalhar com os dados do SUS e do Ministério da Saúde, sem sucumbir à medicalização da problemática sociocultural, essa reunião de estudos propõe e realiza um diálogo que lança novas luzes sobre dimensões freqüentemente negligenciadas.

Violência sob o Olhar da Saúde demonstra por que o Claves tornou-se protagonista central, no campo das instituições especializadas no estudo da violência, em seus múltiplos aspectos. Formulação e implantação de políticas públicas não podem prescindir das reflexões e informações aqui reunidas. Quem quiser entender e fazer alguma coisa para reduzir a magnitude de nossa tragédia cotidiana, não pode adiar a leitura deste livro.

Luiz Eduardo Soares
Secretário Nacional de Segurança Pública

APRESENTAÇÃO¹

O título desta obra é instigante. Mesmo sendo uma publicação “sob o olhar da saúde” não poderia deixar de refletir a historicidade e a profunda imbricação sociocultural do fenômeno da violência como a “infrapolítica da contemporaneidade brasileira”. Essa expressão que aparece no subtítulo corresponde a uma síntese que reflete as formas e o sentido do fenômeno da violência bem como ao seu lugar no momento atual da realidade brasileira.

A violência hoje aparece como preocupação de alta relevância em todas as instâncias públicas, em todos os discursos, em propostas políticas e em agendas de ação. Não como uma manifestação de busca de mudanças, como Engels ou Marx pensavam seu sentido, mas como um subproduto da sociedade dita pós-moderna, movida pela financeirização da vida e pelo consumo. Esse tipo de fenômeno que causa tanto horror e que tomou lugar nas nossas salas de visitas expõe o país negativamente perante a tantas nações capazes de apresentar uma sociabilidade muito menos conflituosa. A violência tal como se está configurando no Brasil aparece como aquele bode malcheiroso do qual todos queremos nos livrar. Ela se nutre e se reproduz no cenário de grandes interesses econômicos, de negócios milionários, de propostas de corrupção, de envolvimento dos mais diferentes agentes sociais, gestando-se dentro de instituições acima de qualquer suspeita, à margem ou à sombra da ação política

¹ Apresentamos um especial agradecimento a nosso eficiente técnico em informática Marcelo da Cunha Pereira, que nos ajuda cotidianamente a superar os obstáculos no uso desse poderoso instrumento de trabalho; e aos colegas do setor administrativo do Claves, Cristina Maria Peres do Nascimento e Marcelo Silva da Motta, pelo carinho com que colaboram para o êxito de nosso Centro.

transformadora. Mesmo quando alicia os pobres, sobretudo os jovens urbanos e das periferias, e torna-se para eles um mercado de trabalho, uma forma de ter dinheiro, bens de consumo e poder, esse tipo de violência infrapolítica que nos preocupa não tem interesses de integrá-los socialmente. Transforma-os na ponta-de-lança de negócios escusos, para cuja consecução os métodos usados são profundamente autoritários e reprodutores da exclusão social. O crescimento exorbitante (115%) das taxas de homicídio, correspondendo a mais de 40 mil mortes por ano no Brasil de hoje, constitui um sinal dessa infrapolítica que se exerce concomitantemente às propostas políticas oficiais dos diferentes governos.

Pelo caráter destabilizador da cidadania e da convivência, a violência em si é uma expressão da exacerbação dos conflitos sociais. Como disse Hannah Arendt, ela está “dramatizando causas”. Portanto, ao apresentarmos as tendências do perfil da mortalidade, a magnitude das lesões e traumas que marcam milhares de pessoas, quando aprofundamos a dinâmica social da produção da violência, entendemos que o desafio da sociedade brasileira é submetê-la e submeter-se à ação política transformadora que se oriente para a construção de uma cidadania vigorosa, persistente e inclusiva.

Ao apresentarmos este livro, além de oferecer uma contribuição ao debate social e da saúde, nós, pesquisadores do Claves (Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde) queremos compartilhar com os leitores a comemoração dos 15 anos de existência desse núcleo de investigação, criado pela Fundação Oswaldo Cruz para introduzir, na agenda da saúde pública, a relevância do tema dos acidentes e violências, problemas responsáveis hoje no Brasil pela segunda causa de mortalidade e sexta de internações hospitalares. Rememorando o sentido da história institucional, é importante assinalar que o Claves nasceu impulsionado pela demanda social e pela responsabilidade institucional da Fiocruz, que sempre marcou sua presença na pauta de temas emergentes e relevantes para as necessidades de saúde do país.

Por causa da especificidade e complexidade do objeto com o qual trabalha, o Claves já nasceu dentro de uma visão (como um grupo) interdisciplinar, interdepartamental, e hoje já é interunidades, pois conjuga em suas ações pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública e do Instituto Fernandes Figueira. O intuito, desde sua origem, é que possa juntar também, entre seus pesquisadores, pessoas de instituições acadêmicas do país e da América Latina. Essa meta ainda não se tornou viável por causa de dificuldades de operacionalização institucional, pois a menor unidade por meio da qual a Fiocruz se organiza são os departa-

mentos. Neste caso, o Claves foge à norma organizacional tradicional, pois rompe os limites dos departamentos (mesmo estando neles), une unidades internas e se interliga também com instâncias externas.

No decorrer dos anos, como grupo de trabalho desse Centro, fomos nos aproximando dos temas sociais que articulam o fenômeno da violência à saúde e, igualmente, passamos a interagir, devolvendo aos cientistas sociais e aos profissionais da segurança pública os indicadores de magnitude, impacto e de significância que o setor criou para tratar da questão.

Preferencialmente, os trabalhos por nós elaborados fundamentam-se em pesquisas empíricas, pois entendemos que a violência não é uma abstração: ela se manifesta e toma as formas das realidades concretas onde se leva a vida, seja no nível interpessoal ou institucional, seja no ambiente micro ou macropolítico-social. As abordagens dos diferentes contextos são, na maioria das vezes, interdisciplinares. Pela necessidade epistemológica da integração entre informações de extensividade e intensividade, criamos estratégias de triangulação teórica, de métodos e de técnicas, algumas das quais já são hoje de domínio público.

Nesta caminhada, tornamo-nos parceiros de várias instituições. Dentre elas, destacamos a importante colaboração do CNPq que, desde a origem do Claves, permanentemente e sem interrupção, vem apoiando o grupo, sobretudo, com bolsas e “auxílios” que ressurgiram ultimamente em forma extremamente competitiva, nos editais universais. Este livro, por exemplo, e a pesquisa sobre Tendências da Produção Científica, texto que constitui a coluna vertebral de toda a obra, contaram com o apoio do CNPq. Também a Faperj, desde o início da criação do Claves, embora de forma intermitente, tem reconhecido a importância de nosso trabalho, concedendo-nos bolsas para estudantes e algum tipo de financiamento.

Em segundo lugar, ressaltamos nossa parceria com o Cenepi que, embora mais recente, desde 1999, reconhecendo a contribuição do Claves, atribuiu-lhe o título de Centro Colaborador. Isso significa que, numa espécie de contrato de gestão, produzimos, analisamos e divulgamos informações sobre morbimortalidade por causas externas, estudos sobre violências e acidentes em grupos específicos, análises geo-referenciadas e de custos, de interesse para o público em geral e para os pesquisadores do país. Igualmente, em articulação com o Ministério da Saúde, oferecemos assessorias a várias instâncias do SUS.

Além desses parceiros mais diretos, temos trabalhado com o Ministério da Justiça, com várias secretarias estaduais e municipais de saúde, de educação, de desenvolvimento social e de segurança pública em diversas regiões do país. Estamos articulados também com várias ONGs,

Sociedades Científicas como a Abrasco e a Sociedade Brasileira de Pediatria, Institutos como o Souza Cruz e grupos de investigação como o Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública e o Núcleo de Estudos da Violência, ambos da USP.

A Fundação Ford, a Unesco, a Unicef, a Opas, a OMS e a UNDCP são algumas das instituições internacionais com as quais temos compartilhado busca de conhecimento e formas de subsidiar os poderes públicos em formulação de políticas e programas de atuação. Portanto, gostaríamos de retribuir com sinceros agradecimentos a todas as pessoas e organizações cujo apoio tem sido fundamental para o crescimento do Claves.

No conjunto de nossas atividades, desde a origem do Centro, a pesquisa ocupa um lugar central. Porém, desenvolvemos uma prática teórica que não se esgota em investigações e publicações científicas. Nossos trabalhos configuram uma concomitância de interesses: investigações básicas, estratégicas e operacionais; assessorias à formulação e participação na implementação de políticas, programas e projetos do setor da saúde e das áreas sociais; avaliação de programas de intervenção; e particularmente, envolvimento na formação de recursos humanos em todos os níveis: de pós-graduação *stricto sensu*, *latò sensu*, de iniciação científica e de treinamento em serviço.

Por que consideramos importante e por que queremos compartilhar com os leitores essa extensa caminhada que ao mesmo tempo olha para o amanhã? Primeiro, porque há dez anos, logo depois de haver sido criado o Claves, fizemos um levantamento da produção científica e constatamos o estágio muito rudimentar das pesquisas sobre o assunto. Em 1990, ainda era duvidosa a legitimidade do tema Violência e Acidentes no setor da saúde, uma vez que esse campo, dominado pela ideologia médica, tratava-o apenas na intercessão com a doença mental ou com a problemática dos traumas e das lesões que exigiam internações, tratamentos e reabilitação. Foi a partir desse estado da arte que iniciamos nossas pesquisas.

Hoje, o tema já faz parte da pauta de diferentes grupos de investigação, e o Ministério da Saúde oficializou-o, legitimando-o no setor, por meio de uma portaria ministerial denominada Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências. Entendemos, pois, ser importante rever a travessia e perceber os investimentos, os movimentos de mudanças e relevâncias e, sobretudo, delinear os desafios para a continuidade. Apesar de todo o esforço realizado, com certeza, não fomos capazes ou não tivemos condições objetivas de abarcar, na análise, tudo o que foi publicado no âmbito nacional e referenciá-lo aqui. Essa constatação não nos impede a certeza de estarmos apresentando um estudo inédito e sem prece-

dentes no país sobre violências e acidentes. Em primeira mão, a tarefa já realizada traz uma novidade comparativa: a produção brasileira da última década é ainda muito pequena. Em sua extensão, é menor do que a internacional em apenas um ano, o que denota o estágio inicial de aprofundamento do assunto.

O livro que ora apresentamos de certa forma reflete esse percurso. Ele traz a marca do que foi construído e, a partir daí, delineia as propostas para o futuro. Seus objetivos são muito claros: apresentar um panorama atualizado do estado do conhecimento sobre o impacto das violências e acidentes sobre a saúde; analisar as tendências da produção científica e sua adequação às demandas sociais e do setor; observar em que medida esse conhecimento gerado está repercutindo e direcionando políticas, programas e ações de prevenção e promoção; e, por fim, perceber as lacunas de conhecimentos básicos e estratégicos necessários para dar suporte à reflexão e à ação setorial.

Do ponto de vista metodológico, cabe assinalar que, embora tenha havido um acordo prévio para a realização deste livro, deixamos aos autores ampla liberdade de organização do texto e do método de sua elaboração. Assim, o leitor perceberá a multiplicidade de estilos, o que permite não cansar com o tom monocórdio e repetitivo de capítulos externamente desenhados.

Na sua organização, o livro comporta duas seções. Na primeira parte, fazemos uma abordagem de contextualização e de mapeamento quantitativo e qualitativo de tendências. Inicialmente, buscamos conceituar o tema da violência nos aspectos filosóficos, teóricos, sociais e culturais, abrangendo sua historicidade e contemporaneidade. Isso foi necessário, pois entendemos que a violência, em si, faz parte das grandes questões sociais, sendo o setor da saúde um tambor de ressonância das resultantes desse fenômeno. Como lembra a Opas em um de seus documentos, o setor da saúde é uma encruzilhada para onde convergem todas as lesões e traumas físicos, emocionais e espirituais produzidos na sociedade.

Na segunda parte, buscamos oferecer ao leitor uma idéia de como se comportam as informações agregadas sobre mortalidade e morbidade por violências e acidentes nos últimos vinte anos, assim como a produção intelectual gerada no país sobre o assunto nos últimos dez anos. Nos textos de epidemiologia que oferecem séries históricas, o leitor poderá observar, dentre muitos outros, dois pontos que sobressaem. Um diz respeito ao fato de que as taxas de mortalidade e de morbidade oscilam num patamar mais ou menos constante com leve crescimento em alguns anos das últimas décadas, embora a percepção do senso comum seja de

que haja um aumento constante do fenômeno. Poderá constatar também que existe um movimento interno entre as subcausas, umas subindo e outras diminuindo em importância, como é o caso, por exemplo, do crescimento significativo das taxas de homicídio, de uma leve tendência de aumento das taxas de suicídio em alguns segmentos etários e de uma expectativa de queda das taxas de acidentes de trânsito, no cenário em pauta. Outro ponto a ser ressaltado é o avanço significativo, quantitativa e qualitativamente, das pesquisas sobre violência e acidentes, embora ainda insignificante se considerarmos o âmbito internacional.

A segunda parte reúne ainda estudos sobre grupos específicos e temas transversais. Nos textos referentes às diferentes formas de violências – violências contra crianças e adolescentes, violências contra a mulher, violências contra idosos, e violências e acidentes no trabalho –, os autores elaboram sua visão crítica sobre a bibliografia brasileira coletada da década de 90, alguns comparam-na à literatura internacional e aprofundam aspectos que correspondem a suas próprias pesquisas e experiências de assessoria. Há também alguns temas que foram analisados pela frequência ou importância de sua presença. São os que tratam das relações entre drogas e violências e entre mídia e violência. Estes últimos focalizam, nas reflexões de seus autores, aspectos que recebem um tratamento desmistificador, para, em seguida, servirem de eixos fundamentais de articulação entre o setor da saúde e a especificidade histórica do mundo contemporâneo.

Embora no artigo a “Produção Científica da Década de 90” haja um subtítulo dedicado à problemática dos serviços e da prevenção, esse tema foi tratado transversalmente por todos os autores. Como o leitor poderá observar, uma das tendências mais importantes e significativas apontadas pelo estudo é a paulatina aproximação entre as pesquisas e os problemas evidenciados pela epidemiologia das causas externas. Observa-se uma orientação clara da produção, em direção a uma visão estratégica do papel do setor da saúde diante do fenômeno da violência social e dos acidentes.

Esperamos que este trabalho possa, realmente, ser recebido como uma contribuição que a Fiocruz, por intermédio do Claves, oferece à sociedade brasileira. Frisamos nossos agradecimentos ao CNPq, ao Cenepi e à Faperj o apoio dado na publicação deste livro.

Gostaríamos de brindar, alegremente, com os leitores, pelo tempo percorrido e pela chama que mantivemos acesa, em prol de uma cidadania cada vez mais abrangente de todos os grupos sociais do país. A tendência que desejamos ver crescer é, antes de tudo, a da inclusão social e da superação das imensas desigualdades, pois desigualdade e exclusão configuram a base de todas as violências: a violência estrutural naturalizada pela

cultura. Mas também torcemos pelo diálogo que valoriza o outro e pelas práticas de negociação. E, por fim, compartilhamos o sonho de que a intolerância, a agressividade e as várias formas de violência interpessoal sejam substituídas pelo exercício da palavra que esclarece os conflitos e pela argumentação que nos torna a todos mais humanos e mais elevados na escala da civilização.

As Organizadoras

Parte I



A VIOLÊNCIA DRAMATIZA CAUSAS

Maria Cecília de Souza Minayo

INTRODUÇÃO

Tendo havido uma alentada produção acadêmica sobre violências e acidentes sob a ótica da saúde na década de 90, seria de se esperar que houvesse também um aprofundamento teórico sobre o fenômeno, permitindo uma compreensão maior do seu sentido e das possibilidades de intervenções governamentais e socioculturais. Constatase, no entanto, que a maioria dos trabalhos limitou-se a descrever os problemas e apresentar propostas de soluções, sem aprofundar as problemáticas referenciais. Ao investirem mais no dimensionamento e pouco na compreensão dos problemas, as intervenções sugeridas distinguem-se por privilegiar ações normativas e de curto prazo. Os poucos textos da área da saúde pública que juntaram a compreensão e a teorização de realidades e problemas específicos de forma interdisciplinar foram claros em mostrar o imbricamento entre historicidade dos fenômenos, o contexto sociocultural e a subjetividade representada pelas particularidades biológicas e intrapsíquicas (Assis, 1999; Assis & Constantino, 2001; Minayo, Souza & Assis, 1990; Minayo, 1994; 1999; Minayo & Souza, 1997; 1999; Cruz Neto & Rasga Moreira, 2001; Agudelo, 1990; 1997; Gomes, 1997; Deslandes, 2002). Os estudos do campo 'psi' tenderam a enfatizar as relações entre crimes e doença mental (Hoirish, 1994; Ferraz, 2001); crime e religião (Kaiser, 1994); e os da área de medicina, vários deles, buscaram mostrar os prejuízos para a saúde trazidos pelas ações e condutas violentas, dos quais alguns poucos ressaltaram a articulação dos fatores genéticos na configuração da subjetividade criminosa (Flores, 2002; Josef & Silva, 1999).

Pode-se dizer que os estudos do campo da saúde, em sua maioria, tiveram uma contribuição muito grande na criação de indicadores e de propostas de ação. Desse ponto de vista, o enriquecimento teórico obtido na década, pelos estudiosos do setor, ocorreu pela melhor especificação e diferenciação dos tipos de violência dominantes e pelas distinções e formas como acometem grupos particulares e a sociedade brasileira como um todo. Uma reflexão mais filosófica e sociológica (nem por isso menos adequada ao que está se passando no país) veio da contribuição de autores de outra área. Esses estudiosos, concomitantemente, também utilizaram as análises e os indicadores gerados pelo setor saúde que, como já foi dito, historicamente vêm apresentando a magnitude do fenômeno. Alguns sociólogos e antropólogos são referência obrigatória – Córdia (1995); Soares & Piquet Carneiro (1996; 2002); Adorno (1995); Zaluar (1995; 2002) – e por isso serão citados na presente discussão.

Tanto para os autores do campo da saúde coletiva que trabalharam com uma abordagem interdisciplinar do problema, quanto para os cientistas sociais citados, a violência se apresenta como um fenômeno complexo. Portanto, desenvolvem sobre ela uma visão interativa da origem sócio-histórica e subjetiva, o que, ao mesmo tempo, questiona a postura reducionista que privilegia a causalidade biológica pura e simples assim como a unicausalidade macro ou microsocial. Seguindo essa tendência, pretende-se trabalhar neste texto sob um duplo corte epistemológico: a multicausalidade e a dialética de causa-efeito, parodiando o pensamento metodológico de Pascal, que aqui cabe como luva:

Sendo então, todas as coisas causadas e causadoras, ajudadas e ajudantes, mediata e imediatamente, e todas se relacionando por um vínculo natural e insensível que liga as mais afastadas e as mais diferentes, creio ser tão impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, como conhecer o todo sem conhecer, particularmente, as partes.

Aos dois esteios metodológicos da análise, acrescenta-se a necessidade de tornar específicas as manifestações de violência e sua articulação com o todo, e a indicação de que os processos subjetivos devem ser, ao mesmo tempo, incluídos na análise e contextualizados no âmbito socio-histórico. Reafirma-se como fundamental também, segundo o fazem Chesnais (1981) e Burke (1995), a idéia de que não se pode estudar a violência fora da sociedade que a gera, porque ela se nutre dos fatos políticos, econômicos e culturais, traduzidos nas relações micro e macrosociais. Portanto, busca-se a inteligibilidade desse fenômeno, considerando-o de forma complexa, histórica, empírica e específica.

A 'violência' não é uma, é múltipla. De origem latina, o vocábulo vem da palavra *vis*, que quer dizer 'força' e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. No seu sentido material, o termo parece neutro, mas quem analisa os eventos violentos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e à busca de domínio e aniquilamento do outro, e que suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas, segundo normas sociais mantidas por aparatos legais da sociedade ou por usos e costumes naturalizados. Mutante, a violência designa, pois – de acordo com épocas, locais, circunstâncias –, realidades muito diferentes. Há violências toleradas e há violências condenadas. E, desde o nascimento do *homo sapiens* e, mais especificamente, desde o início da modernidade, ela se enriquece de novas formas, cada vez mais complexas e, ao mesmo tempo, mais fragmentadas e articuladas. Como adverte Chesnais, introduzindo sua obra clássica sobre 200 anos de violência na Europa:

O leitor deste livro terá a impressão de entrar num universo fragmentado, disparatado e sem grande unidade. Mas, a própria violência é que se apresenta como um fenômeno pulverizado, atingindo a vida privada e a vida pública em todos os seus aspectos, os mais visíveis e os mais secretos. (Chesnais, 1981, p. 11)

Em resumo, considera-se que querer encerrar a noção de violência numa definição fixa e simples é expor-se a reduzi-la, a compreender mal sua evolução e sua especificidade histórica. Como lembra o filósofo Domenach sobre o mesmo tema:

Suas formas mais atrozes e mais condenáveis geralmente ocultam outras situações menos escandalosas, por se encontrarem prolongadas no tempo e protegidas por ideologias ou instituições de aparência respeitável. A violência de indivíduos e grupos tem de ser relacionada com a do Estado. A dos conflitos, com a da ordem. (Domenach, 1981, p. 40)

Evidencia-se também neste texto que a violência dominante na consciência social contemporânea é a 'criminal e delinqüencial', e que esse tipo de fenômeno nunca contou com a tolerância das mais diferentes sociedades, uma vez que ele fere, antes de tudo, os princípios da moral fundamental.

PONTO DE VISTA DA FILOSOFIA POPULAR E ERUDITA

A violência, sendo instrumental por natureza, é racional. Ela não promove as causas, nem a história, nem a revolução, nem o progresso, nem o retrocesso; mas pode servir para dramatizar as causas e trazê-las à atenção pública. (Arendt, 1994, p. 57)

As dificuldades para conceituar a violência provêm do fato de se tratar de um fenômeno da ordem do vivido (no qual se inclui também quem tenta teorizar sobre ela) e cujas manifestações provocam uma forte carga emocional em quem a comete, em quem a sofre e em quem a presencia. Por isso, pensando como Vygotsky (1984), que propõe os termos “conceitos cotidianos” e “conceitos científicos” para nomear as interpretações da realidade, respectivamente feitas por leigos e por cientistas, introduzem-se aqui alguns elementos da filosofia popular e da filosofia erudita, lembrando que, de qualquer maneira, a conceituação da violência, mesmo quando se fundamenta teoricamente, também é dirigida pelo julgamento social.

Primeiramente, aborda-se a visão do senso comum. Tratando o termo no plural, Chesnais (1981) distingue no discurso contemporâneo próprio do imaginário social, três definições implícitas de violência que contemplam tanto o âmbito individual quanto o coletivo: no centro de tudo, a ‘violência física’, que atinge diretamente a integridade corporal e que pode ser traduzida nos homicídios, agressões, violações, roubos a mão armada; a ‘violência econômica’, que consiste no desrespeito e apropriação, contra a vontade dos donos ou de forma agressiva, de algo de sua propriedade e de seus bens. Em terceiro lugar, a ‘violência moral e simbólica’ é aquela que trata da dominação cultural, ofendendo a dignidade e desrespeitando os direitos do outro.

Interpretando uma pesquisa de opinião realizada com a população carioca em 1994, pela Rede Globo, Luiz Eduardo Soares e Leandro Piquet Carneiro escreveram um texto no qual descrevem que, segundo critérios populares, no Rio de Janeiro há quatro nomes para a violência: “crime, pecado, corrupção e miséria” (1996). ‘Pecado’ é o nome da violência interpretada pelo código religioso, expressando a natureza ambivalente ou passível de perversão da própria condição humana. ‘Corrupção’ é o nome da violência que contém a moralidade deteriorada e a traição dos valores. ‘Miséria’ é o nome da violência enxergada, pela ótica política, como estando embutida nas causas e conseqüências da ordem social vigente marcada pela desigualdade e exclusão. ‘Crime’ é o nome da violência reduzida à

delinqüência. Considera-se essa classificação, a partir do julgamento social gerado na experiência cotidiana da vida, bastante complexa. E apesar de se referir a representações da população carioca, ousa-se dizer que tais representações não diferem muito do pensamento comum do cidadão brasileiro residente nas grandes cidades.

A polissemia de sentidos e significados do estudo apresentado por Soares & Piquet Carneiro (1996) envolve a reflexão de um problema de incontestável preocupação que abrange o código religioso, a prática das relações sociais, a ética da vida e os limites oferecidos pela lei e pela moralidade pública. Mas é interessante ressaltar também as contradições do discurso popular. A sociedade carioca, pelas respostas às pesquisas de opinião pública, nos debates e pela mídia, torna patente e pública a sua preocupação com a violência (sobretudo nas formas de delinqüência e criminalidade). Nessa situação, trata-a como um problema novo e negativo que a incomoda, e cujas dimensões se aceleram com o tempo, orientando-a para um beco sem saída. Geralmente o 'bode expiatório' escolhido para tais circunstâncias costuma ser a população pobre das favelas. No entanto, ao manifestar sua reflexão sobre o problema, essa mesma sociedade o define como parte da vida e dos processos sociais. Ou seja, a percepção dos aspectos factuais para os quais a opinião pública pede a força e a intransigência dos gestores públicos conflita com a idéia expressa por ela própria, de perenidade histórica exposta nos termos 'pecado, corrupção, miséria e crime'. Existe algo mais constante na história humana que os fenômenos classificados acima? Pode-se concluir, pois, que na estrutura do pensamento popular existe a certeza de que a violência é parte e resultante das relações, da comunicação, da vida social.

No nível do conhecimento erudito, filósofos e cientistas também têm contribuído para pensar o assunto, embora apenas de forma esporádica. Arendt (1994), que possui uma das mais vigorosas reflexões sobre o assunto, considera que nenhum historiador ou politólogo deveria ser alheio ao imenso papel que a violência sempre desempenhou na História. E se surpreende por quão pouco o assunto é interrogado e explorado pelos cientistas. Na visão dessa autora, a violência é um meio para a conquista do poder, (mas não se confunde com o poder, pelo contrário, demonstra a incapacidade de argumentação e de convencimento de quem o detém), necessitando de orientação e justificação dos fins que persegue. Arendt (1990) não vê positividade na violência, como outros filósofos ou teóricos parecem enxergar. E expressa isso de forma contundente em sua brilhante obra sobre o nazismo e o stalinismo, evidenciando as antes impensáveis formas de crueldade que se escondem nas experiências políticas totalitárias.

Por isso, na construção de sua argumentação, reage aos autores que promovem uma visão teleológica sobre o assunto. Por exemplo, manifesta-se contra a visão de Engels (1981) que valoriza a violência como um acelerador do desenvolvimento econômico. Questiona o pensamento ingênuo e simplificador de Fanon (1961) que considera a violência como a vingança dos deserdados. E não concorda nem com Sorel (1992), que a define como o mito necessário para a mudança da sociedade burguesa desigual para uma sociedade igualitária de base popular; e nem com Sartre (1980), que a analisa como inevitável no universo da escassez e da necessidade.

Domenach (1981) defende a idéia de que a percepção negativa e condenatória das várias formas de violência é um passo positivo para a humanidade. Comenta que foi o progresso do espírito democrático que deu origem ao conceito moderno de violência, dentro de sua conotação negativa. A partir do momento em que cada pessoa é considerada 'cidadã', e a sociedade reconhece seu direito à liberdade e à felicidade, a violência passa a ser um fenômeno relacionado ao emprego ilegítimo da força física, moral ou política contra a vontade do outro. Por isso, apresenta uma contundente reflexão: "o apogeu da violência não é o homicídio (que suprime o objeto mesmo da violência), é a tortura, pois esta associa a vítima, contra sua vontade, a seu verdugo" (Domenach, 1981, p. 36). A associação da percepção negativa da violência à maior consciência de liberdade e aos direitos humanos, no caso brasileiro, faz pensar, contra qualquer evidência empírica, na positividade do aparecimento do tema entre as relevâncias de nossos discursos, de nossos medos e de nossas estratégias de prevenção. Isso pode significar, a par da consciência da intensificação das manifestações do fenômeno, o crescimento difuso do sentimento de cidadania e a ânsia de democratização. Exatamente, o final dos anos 1970 e o início da década de 1980 coincidem com os processos de abertura democrática no país e de crescimento dos movimentos em prol dos direitos da mulher, da criança, dos negros e de outros grupos excluídos.

A relevância do tema repercute também no ponto de vista acadêmico, pois mais de 90% de toda a produção científica sobre ele se concentra no período a partir da década de 80 do século XX.

A contribuição de Domenach não para aí. Baseado na análise da dialética do Senhor e do Servo em Hegel (1980), o autor sublinha a idéia de que a violência está inscrita e arraigada não só nas relações sociais, mas, sobretudo, é construída no interior das consciências e das subjetividades. Portanto, esse fenômeno não pode ser tratado apenas como uma força exterior aos indivíduos e aos grupos. Aqui também a visão de Domenach

(1981) projeta-se na direção contrária ao senso comum, que costuma colocar a violência como um fenômeno sempre produzido pelo ‘outro’ e contra nós:

É demasiado fácil e ineficaz condenar a violência como um fenômeno exterior e, inclusive, como algo estranho ao ser humano, quando, na verdade ela o acompanha incessante até na articulação de seu discurso e na afirmação mesma da evidência racional. (Domenach, 1981, p. 37)

Falando das dificuldades de definições e de julgamento de valor o autor continua: “estou convencido de que é inútil buscar uma resposta categórica na filosofia ou na moral, ao problema que a violência levanta. Por seu aspecto ontológico, ela não pode ser dissociada da condição humana” (Domenach, 1981, p.38). E é relevante a idéia de que, sobretudo, ela não pode ser dissociada da sociedade que a produz em sua especificidade interna e em sua particularidade histórica.

Outro autor importante pela reflexão que apresenta é o filósofo russo Denisov. A base de seu pensamento é o marxismo-leninismo, no entanto, esse filósofo não se detém apenas no campo da política. Em seu tratado *Violência: Ideologia y Política* (1986), reconhece que esse fenômeno precisa ser analisado dentro de uma abordagem multifacetária, pois apresenta características externas (quantitativas) e internas (qualitativas), coletivas e subjetivas. Analisa o tema dentro de aspectos que dizem respeito aos indivíduos, grupos, classes, instituições, que, em suas relações, empregam diferentes métodos e meios de coerção e aniquilamento direto ou indireto (econômico, jurídico, militar, social, psicológico) sobre seus semelhantes, com a finalidade de reter ou conquistar poder, posses e privilégios.

Freud (1980), igualmente, apresenta e representa várias interpretações do tema, em diferentes etapas de seu pensamento. Em seus primeiros escritos, associa a violência à agressividade instintiva do ser humano, o que o inclinaria a fazer sofrer e a matar seu semelhante. Num segundo momento, define-a como instrumento para arbitrar conflitos de interesse, sendo, portanto, um princípio geral da ação humana diante de situações competitivas. Numa terceira etapa, avança para a idéia de construção de identidade de interesses. É dessa identidade, segundo o autor, que surgem os vínculos emocionais entre os membros da comunidade humana, levando-os a preferirem a ‘civilização’, o diálogo, a convivência pacífica, ao uso puro e simples da força física para se impor. Os conflitos de interesse seriam mediados, nas sociedades modernas, pelo direito e pela lei; e a comunidade de interesses, pela identidade e pela busca do bem coletivo. Habermas (1980), fazendo coro com essa última visão de Freud, e no coração de sua filosofia

da comunicação, entende que a humanidade, na medida em que aprofunda seu desenvolvimento civilizatório, busca o diálogo e a paz.

Em resumo, nem a filosofia popular nem os filósofos eruditos têm uma última palavra sobre o significado da violência. O pensamento de ambos os grupos cada vez mais se encaminha para reconhecer o que Agudelo (1990) vem repetindo em vários de seus estudos, coincidindo com a articulação entre a consciência de direitos e o rechaço de todas as formas de domínio e de força contra alguém, contra grupos, classes, etnias e nações: “a violência representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima” (Agudelo, 1990, p.6). Porém, nem mesmo esse aumento de consciência é unívoco, pois muita gente ainda conserva e defende a idéia, que vem de Marx e Engels, de que a violência é boa ou má, positiva ou negativa, segundo as forças históricas que a sustentam. Exemplos estão aí, de todos os conflitos políticos hoje existentes no mundo. Cada grupo ou nação julga justos os motivos pelos quais lutam, matam e destroem vidas, patrimônios e histórias.

PONTO DE VISTA SÓCIO-HISTÓRICO E ANTROPOLÓGICO

A história é, talvez, a mais cruel das déusas, pois arrasta sua carruagem triunfal por entre montões de cadáveres, durante as guerras como em períodos de desenvolvimento pacífico. (Engels, 1981,187)

A frase tão forte dessa epígrafe não é apenas uma expressão de efeito: ela parte de uma visão histórica muito comum de que os processos de dominação política geralmente têm ocorrido sob a égide da violência, seja na produção de mudanças ditas revolucionárias, seja na institucionalização das revoluções, ou na defesa do *status quo*. Mas a visão de Engels não é consensual. Muitos outros pensadores, ao contrário, não consideram a dominação pelas armas uma fatalidade. É o caso de Freud (1980), Arendt (1994), Habermas (1980) e Chesnais (1981). Este último autor estudou dois séculos do que denomina “violência privada, suicidária e violência coletiva” no Ocidente, no período que vai de 1800 até nossos dias. Acompanhando o processo civilizatório próprio da modernidade, do qual a democracia é uma expressão, mostrou que a vitória da inclusão na cidadania, portanto, do direito à palavra, do convencimento e da capacidade de negociar e de gerar consenso, contrapõe-se à força das armas e à vingança

pelas próprias mãos. Os dados de homicídio na Europa do século XIX, mostrados pelo autor, eram mais elevados do que os do Brasil hoje, em contraposição aos atuais, que variam de um a quatro por cem mil habitantes. Diz Chesnais (1981) que muito mais fizeram pelo apaziguamento das populações a melhoria das condições de vida da classe operária, o acesso de todas as classes à educação formal e o respeito aos direitos e à democratização social, que a constituição de uma segurança pública (que também foi muito importante!) para coibir os crimes e localizar a legitimidade da violência nas mãos do Estado (Burke, 1995).

As duas idéias opostas da violência como bem ou como mal, descritas no parágrafo anterior, sobrevivem de forma concomitante na sociedade contemporânea. Apesar da possibilidade histórica e racional de os seres humanos escolherem a paz, ainda hoje a violência continua a se manifestar como “a mais cruel das deusas” em pleno século XXI, em situações tais como os conflitos do Oriente Médio, as ameaças de guerra dos Estados Unidos contra o Iraque e a endêmica relação destrutiva entre Israel e Palestina, por exemplo. O pior é que subsiste em alguns países e na ideologia de certos governantes a idéia de que a guerra é o que mantém a paz.

Do ponto de vista político, algumas questões, hoje, chamam atenção na sociedade brasileira. Uma é a própria relevância do tema ‘violência’, não apenas no âmbito do sistema policial e judiciário, mas também para a sociedade civil que o abraçou como prioridade. Nesse sentido, é importante lembrar o comentário de Bourdieu (1983), que se referia à constatação de que determinados assuntos, em momentos históricos específicos, se tornam ‘temas consagrados’. Não que sua pertinência coincida exatamente com o instante em que ganha visibilidade nos meios de comunicação, no imaginário social, no recesso dos lares e no seio da comunidade científica. O autor observa que sua expressão pública é criada por alguns fatores que passam a interferir na construção de sua relevância. A ‘violência’, a maioria de nós sabe, faz parte da história da humanidade, acompanhando sempre, nos mitos de origens, os heróis e os fundadores. Quem lê a Bíblia constata, nas suas primeiras páginas, o fratricídio de Caim e Abel. Nas tragédias gregas, a violência aparece sob a forma de vingança, de cólera, de excesso de paixão, embora nunca com uma conotação negativa. Até o advento da modernidade, as ações e as relações violentas não constituíam tema de relevância.

Uma segunda questão a observar é o tipo de violência que, neste momento histórico específico, invade o imaginário e a opinião pública brasileiros. Pela conjunção de vários fatores, são a ‘criminalidade e a delinqüência social’. Por ameaçar o patrimônio e a vida das pessoas, essas

formas específicas de relações e de comportamento que cresceram velozmente na sociedade brasileira nos últimos vinte e cinco anos, e que são consideradas proscritas, ilegais e ilegítimas, passaram a criar um sentimento generalizado de insegurança e de medo, tornando-se uma ‘forma totalizante’ de percepção da violência. Seu caráter globalizador e generalizante é tão forte no imaginário nacional e na opinião pública que criminalidade e delinquência são vistas como uma ‘produção autônoma’ de determinados atores (sobretudo os pobres e habitantes das periferias), sem nenhuma vinculação com outras questões nacionais.

Como se poderá constatar no presente trabalho, essa relevância para a delinquência não abrange nem a magnitude nem a complexidade do fenômeno, correspondendo, antes, ao que o jargão médico denomina ‘síntomas’. Por isso, é preciso aprofundar mais a reflexão sobre as mil faces da ‘violência’ ou as ‘expressões de violências’ e compreendê-las como componente da vida social, como uma expressão humana e relacional, como uma forma de comunicação e, também, como uma “dramatização de causas”, conforme o arguto pensamento de Hannah Arendt: reduzi-la a sua forma mais visível e incomodante, que é a ‘delinquência’, pode corresponder a dar analgésico para combater a dor provocada por uma doença grave.

Portanto, quando se escolhe para título deste livro a expressão *Violência: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira*, deseja-se, como diz Hannah Arendt, contribuir para dramatizar algumas causas mais profundas que os atos de crueldade que nos apavoram. Ou seja, mostrar que o tema que saiu do seu nicho tradicional de tratamento, o âmbito policial, para se tornar o assunto que domina o cenário público das campanhas políticas, dos noticiários, dos planejamentos do Estado, das iniciativas empresariais, dos congressos científicos e dos financiamentos de pesquisa é o bode mal cheiroso e incômodo colocado na sala da sociedade brasileira. Por outro lado, tenta-se evidenciar também que, contrastando com toda a ênfase que se expressa na construção do discurso público, a maior característica da violência brasileira hoje é o seu caráter infrapolítico ou apolítico. Como um camaleão, suas formas de expressão vão se adequando, da maneira mais plástica possível, às cores e às formas da linha de construção das relações sociais e da mentalidade dita ‘pós-moderna’. Nelas o ‘lugar da política’ na forma de conceber a vida e nas práticas cotidianas tende a ser um espaço de segunda ordem, a favor de exacerbações dos individualismos e da decadência dos aparatos tradicionais de expressão do poder que tiveram tanto apelo na sociedade tipicamente industrial.

O termo “infrapolítico” foi cravado por um autor contemporâneo, Michel Wieviorka (1997), que tentou interpretar o que aqui se nomeia como “violência pós-moderna”, analisando suas manifestações no mundo inteiro.

Diferenciou-a das expressões de épocas anteriores, por exemplo, as que caracterizaram as lutas contra-hegemônicas pelo poder nos anos 60 e 70 em quase todo o mundo ocidental. Nessas décadas, os conflitos políticos, as formas de protesto e subversão e até a luta armada na América Latina, por exemplo, vinculavam-se a projetos revolucionários de tomada do poder de Estado, em nome de ideologias libertárias e do desenvolvimentismo, seja de países, seja de contingentes populacionais. Havia propostas de projetos nacionais nas quais grande parte da juventude se engajava, pelas quais lutava, frequentemente, sacrificando sua própria vida.

Os crimes que ameaçam a vida e o patrimônio das pessoas, sobretudo nas grandes cidades brasileiras hoje, pelo contrário, não têm ideologia, não têm pátria: são negócios globalizados, que se beneficiam das facilidades geradas pelas revolucionárias transformações nos modos de produção de riqueza e dos aparatos técnico-informacionais e comunicacionais. Têm sua gestão, ao mesmo tempo, de forma capilarizada e em rede, promovendo uma veloz circulação financeira, de produtos e de pessoas, à sombra da desregulamentação dos estados nacionais e nos interstícios das ausências de regulação internacional (Castells, 1999). As verdadeiras guerrilhas urbanas da década de 90 (as das gangues de narcotraficantes, por exemplo), apóiam-se em poderosos sistemas de circulação e troca de produtos ilegais como drogas e armas e de lavagem do dinheiro. Portanto, é preciso ressaltar que o mundo de delinquência pós-moderna segue a mesma lógica da globalização e se realiza em conluio com a legalidade. Não é preciso ir longe para constatar o que aqui se está dizendo, pois tem sido de domínio público o envolvimento com o crime organizado de políticos, juízes, advogados, policiais, empresários, todas essas pessoas ocupando cargos importantes e vivendo, em aparência, acima de qualquer suspeita. Aliás, Wieviorka (1997) utiliza, para se referir às históricas formas de violência social que hoje são vivenciadas, não apenas o termo 'infrapolítica', mas também a expressão 'metapolítica', mostrando que a delinquência internacional, por vezes, se transforma na própria política de alguns Estados nacionais. Exemplificando como age o crime globalizado, assim se refere Soares, que também analisa o momento presente no que tange ao mercado do tráfico:

em seu aspecto de atacado, o tráfico é uma articulação sub-reptícia de malhas internacionais, para as quais concorrem competências administrativas sofisticadas, conhecimento de equipamentos de última geração, acesso a línguas diversas e conhecimento de dinâmicas do sistema financeiro internacional. (Soares, 2002, p.42)

Em resumo, a promiscuidade entre legalidade-ilegalidade, o caráter altamente lucrativo dos crimes e sua organização em rede configuram os

fatores determinantes das formas pós-modernas de delinquência e que dificultam sua coibição. É por isso também que as taxas de criminalidade organizada crescem e florescem com muito mais vigor, nas regiões economicamente dinâmicas do mundo e no interior dos países, em cidades e locais onde se processam e se reproduzem as grandes operações capitalistas. Mas nessas áreas preferidas, a inclusão dos agentes sociais é diversificada.

Um dos pontos mais perversos da delinquência organizada é a forma de inclusão dos pobres nos seus lucrativos negócios. Eles se engajam nesses projetos e entram nos conflitos, no *front* dos combates, visando a *status*, ao acesso a bens econômicos e de consumo. É óbvio que existe um ato subjetivo na entrada de qualquer pessoa no mundo do crime. Mas isso se dá numa conjuntura de crescente desemprego e exclusão social, cultural e moral de grupos populacionais inteiros, *pari passu* com a exacerbação do apelo ao consumo, fenômeno relacionado à reestruturação produtiva, à exacerbação da acumulação capitalista e à ausência de ênfase por parte dos governos na questão social. Não é desprezível, também, o imbricamento dessas situações macroeconômicas e sociais tanto com o surgimento de novas subjetividades marcadas pela secularização quanto com a perda de valor das hierarquias tradicionais e da autoridade familiar e comunitária.

Por se incluírem como a ponta do *iceberg* dos negócios ilegais (sobretudo, de drogas e armas), principalmente os jovens pobres que se apontam a esse tipo de atividade têm de se fazer presentes e visíveis, conquistar territórios e defender espaços, ações que realizam com disciplina militar, rígida hierarquia e sob o controle de poderosas armas de fogo. Do ponto de vista do poder, essa população incluída pelo crime e excluída do mercado de trabalho legal reproduz o que existe de mais autoritário e cruel em nossa sociedade, como tem sido estudado por vários autores no caso do Rio de Janeiro (Baptista et al., 2000; Misse, 1999; Souza, 1999). Talvez aqui valesse a observação de Sartre (1980), quando diz que a violência “faz sociedade”, uma sociedade que é a imunda caricatura da sociedade da razão e do amor. O autor acrescenta que essa caricatura possui uma sedução particular porque realiza, de maneira fácil e rápida, o que o grupo e o indivíduo tentam pacientemente alcançar por meio do convencimento, do diálogo e da negociação (Sartre, 1964).

A proposta da delinquência organizada se beneficia, sobretudo, de uma visão estratégica da crise social vivida pela sociedade brasileira, que se funda em fenômenos estruturais profundos como a endêmica desigualdade social, o subemprego e o desemprego gerando exclusão de um altíssimo contingente populacional, sobretudo de jovens pobres, que por

sua vez, exacerbam as características da psicologia de sua idade, vestindo os ideais que a sociedade de consumo lhes apregoa. Alguns autores aprofundam esse assunto, levando em conta que a população na faixa etária de 15 a 29 anos é a maior vítima de homicídios e a clientela principal das instituições de privação de liberdade (Zaluar 1995; 2002; Soares, 2002; Cruz Neto et al., 2001; Assis, 1999; Assis & Constantino, 2002; Minayo, 2001). Zaluar lembra que, no mercado de varejo do narcotráfico, a arma dá *status* aos jovens, ao mesmo tempo em que mudanças na organização vicinal afrouxaram o controle social informal, tradicionalmente exercido pelos mais velhos sobre os mais novos. Segundo análise de Soares (2002), são duas moedas usadas nessa sedução dos jovens para o crime: a material e a simbólica. A primeira é trivial, diz o autor. A segunda é fundamental e freqüentemente subestimada pelos agentes responsáveis pela formulação de políticas de segurança: “quando o tráfico oferece ao menino uma arma, dá a ele não apenas um instrumento de operação econômica, mas um instrumento de constituição subjetiva de afirmação de si mesmo, de recuperação de sua visibilidade, de imposição de sua presença social” (Soares, 2002, p.43). A violência que ele reproduz a partir daí tem relação com a violência do não-reconhecimento que o acompanha desde o nascimento. Continua Soares:

Esse menino pobre das metrópoles brasileiras, que não encontrou acolhimento na estrutura familiar (...) também não foi acolhido pela escola ou pela comunidade, (...) a sociedade passa por ele como se ele fosse transparente, como se ele não tivesse nenhuma densidade ontológica, antropológica ou sequer, humana (...). Quando porta uma arma adquire presença, torna-se capaz de paralisar o interlocutor pelo medo, de fazer que o transeunte pare na frente dele, reconhecendo-o, afinal, como um sujeito. (Soares 2002, p. 43)

Cruz Neto et al. (2001) e Minayo (2001) aprofundam a intricada relação entre individualidade, subjetividade e circunstâncias sociais herdadas e fortemente influentes, lembrando que sempre existe o espaço de opção dos sujeitos, mas que, por outro lado, os “possíveis sociais” (Sartre, 1980) são muito limitados para os jovens dos quais falamos nesta reflexão. A complexidade da questão deve ser abordada, por exemplo, em relação à crescente participação de jovens de classe média em crimes de roubos e ligados ao narcotráfico, em que, não são os fatores de ordem econômica que pesam sobre as possíveis escolhas de agir na ilegalidade. Infelizmente, há ainda poucos estudos sobre o assunto.

Assim, pode-se concluir que as formas de delinquência organizada (e que a população reconhece como a própria violência), presentes no

Brasil e em vários países da América Latina nos últimos 25 anos, são subprodutos da esfera política: denunciam o fim de uma época desenvolvimentista e a decomposição dos sistemas sociais e dos aparatos formais que consolidaram os Estados nacionais. Enunciam, também, a exacerbação de novas formas de sociabilidade, construídas com ingredientes que fazem parte de uma emergente ideologia dominante: a que mescla o consumismo como valor ao hedonismo, ao individualismo egocêntrico e ao imediatismo. Tais valores (contravalores?) dificilmente poderão ser contidos pelas instituições de segurança pública, como se acreditava nas origens do Estado Moderno, quando a elas foi conferido o monopólio da violência em nome da sociedade, para superar a tradição então vigente de fazer 'justiça pelas próprias mãos'.

PONTO DE VISTA INTERDISCIPLINAR: O BIOLÓGICO, O PSICOLÓGICO E O SOCIAL

Se a dificuldade de definição é bastante grande, e muito dificilmente se consegue uma conceitualização suficientemente abrangente e explicativa, muito mais complicado é discutir a causalidade da violência. Nos estudos científicos, há pelo menos três correntes que buscam construí-la a partir de parâmetros diversos. (1) De um lado, estão os que sustentam a idéia da violência como resultante de necessidades biológicas, e nos textos revistos da década de 90, essa visão aparece apenas como resquício, tendo alguns adeptos no campo da medicina, voltando a ser fortemente defendida por Flores em 2002. (2) De outro lado, há também autores que explicam a violência a partir exclusivamente do arbítrio dos sujeitos, como se os resultados socialmente visíveis dependessem da soma dos comportamentos individuais, ou se a violência fosse resultante de doença mental ou estivesse vinculada a determinadas concepções religiosas (Hoirisch, 1994; Kaiser, 1994; Ferraz, 2001). (3) Em terceiro lugar, existem pessoas que tratam o âmbito social como o espaços dominante da violência, onde tomam corpo e se transformam os fatores biológicos e emocionais (Minayo, Souza & Assis, 1990; Assis, 1999; Minayo, 1994; Minayo & Souza, 1997;1999).

Muitos são os estudiosos de várias áreas do conhecimento que explicam o fenômeno da violência como sendo proveniente de razões biológicas. Aí encontram-se vários sociobiólogos, que, generalizando as descobertas de Konrad Lorenz (1979), consideram o comportamento violento como uma resultante dos condicionamentos biogenéticos que se processam nos indivíduos, sendo, portanto, um fenômeno inerente à natureza

humana. Em diferentes textos, busca-se produzir uma crítica sobre o assunto (Minayo Souza & Assis, 1980; Minayo & Souza, 1997; Minayo & Souza, 1999). O tema, que é polêmico, já foi exaustivamente tratado pela Unesco em um seminário em Paris no ano de 1980, e suas importantes reflexões estão registradas no livro *La Violência y sus Causas* (1981). Nessa obra, dois autores, Laborit (1981) e Klineberg (1981) discutiram sobre as tentativas de atribuir a problemas genéticos, os comportamentos individuais e coletivos de agressão ao outro.

Laborit desenvolve a idéia de que nos sistemas hipercomplexos não se encontram causas de uma ação, pois a causalidade já não pode ser concebida de modo linear (causa-efeito) de acordo com a interpretação do determinismo do final do século XIX. Hoje considera-se o imbricamento do que é inato com o que é aprendido socialmente. O autor trabalha sobre dois temas centrais: as bases neurofisiológicas e bioquímicas dos comportamentos fundamentais e a significação funcional dos centros nervosos superiores. Trata de forma particular a questão da ‘agressividade predatória’, inata, motivada pela fome, da ‘agressividade de competição’ que se apóia na aprendizagem da gratificação, na busca de dominação e no estabelecimento de hierarquias, ‘como um comportamento adquirido, vinculado ao acesso a objetos gratificantes’. E, igualmente, da ‘agressividade defensiva’, comportamento inato, provocado por um estímulo doloroso, que chega a ser comportamento adquirido quando é recompensada ou gera punição. No final de sua exposição, conclui Laborit:

Com exceção da agressividade predatória que, caberia perguntar se deveria continuar incluída no marco dos comportamentos agressivos próprios do ser humano, os demais tipos de comportamento agressivo são ou o resultado de aprendizagem, e, portanto, suscetíveis de serem transformados pela sociocultura, ou então uma resposta elemental a um estímulo doloroso. (Laborit, 1981, p. 66)

A partir da psicologia social, Klineberg (1981) discute a hipótese da teoria da ‘frustração-agressão’ como explicação da violência. Resumindo seu pensamento, diz o autor que muitos especialistas concordam que a frustração aumenta a probabilidade do comportamento violento, mas essa não é uma sentença simples, pois muitos outros fatores contribuem para isso. Os estudos sobre participação em conflitos ou sobre comportamentos violentos mostram que os que assim agem têm que possuir um certo grau de controle sobre o próprio destino. E, ao contrário, a sensação de impotência costuma gerar apatia e submissão. Em seguida, o autor mostra outras categorias (que em geral combinam a presença de fatores sociais e biológicos) que contribuem para diferenciações na probabilidade de ações

de violência individual e coletiva: 'idade e sexo'. Universalmente os homens cometem mais violência que as mulheres, e os jovens, mais que outros grupos etários. Klineberg não deixa de chamar atenção para o fato de que fatores culturais desempenham papel importante na configuração do problema: o machismo e a relação intermachos, por exemplo. Aponta também a questão 'étnica, racial e de classe', para dizer que nada comprova que os negros são geneticamente mais violentos que os brancos e que os pobres, mais que os ricos. O fator de dominação política, econômica e social é muito mais explicativo que o caráter biológico das diferenças. A questão da 'aglomeração demográfica' é também lembrada e comparada às situações, em laboratório, do ajuntamento excessivo de animais, gerando a destruição entre eles. Mas o autor fala do risco das extrapolações que têm sido feitas em relação à explosão populacional humana, pois, historicamente, não há provas de que elas geram violência.

Klineberg, finalmente, fala da grande pesquisa de Wolfgang & Ferracuti (1967), ressaltando que a investigação havia sido feita há quinze anos atrás. Os estudiosos aplicaram teste de personalidade a sujeitos que cometeram homicídios. Segundo os próprios autores, os resultados não são conclusivos. Entre as características de personalidade que aparecem com regularidade, figuram o egocentrismo, a falta de controle emocional, a propensão a ser explosivo, a imaturidade e a incapacidade de estabelecer contatos sociais duradouros, pouca sensibilidade para com os outros e a forte necessidade de gratificação imediata de seus impulsos. Diríamos que essa listagem apresenta uma combinação de características de personalidade e de formação e educação.

Para complicar mais as dificuldades que se encontram para delimitar o lugar de cada fator numa carreira de criminalidade, cita-se o extenso e complexo trabalho empírico realizado por Assis (1999), analisando os mais profundos aspectos bio-psico-sociais e as mais sutis diferenças entre jovens infratores e seus irmãos não infratores em duas cidades brasileiras: Rio de Janeiro e Recife. A autora passa por toda a discussão teórica clássica que ora privilegia o social e ora os componentes da personalidade na origem da personalidade delinqüente. E conclui que "os principais fatores de risco associados à situação de infrator são: consumo de drogas, círculo de amigos, tipos de lazer violento, baixa auto-estima, falta de reconhecimento de limites entre certo e errado, fraco vínculo afetivo com a família e com a escola e sofrer ou ter sofrido violência por parte dos pais" (Assis, 1999). Mas a autora acrescenta que há uma rede social de antecedentes, como a existência ou não de pessoas com comportamento delinqüente na família, violência entre os pais e irmãos, violência na comunidade, que propiciam uma cultura de violência. Do ponto de vista das diferenças individuais, o estudo

revelou entre os infratores as seguintes atitudes: comportamento imediatista e nervoso, valente e aventureiro; rebeldia em relação aos problemas da vida; dificuldade de controlar a agressividade; dificuldade de empatia com o outro; baixa auto-estima. A autora ainda comenta sobre o que considera uma linha tênue relativa às dificuldades das condições e estilo de vida, separando os irmãos infratores e os não infratores. Por outro lado, do ponto de vista biológico, é problemático demonstrar as diferenças herdadas, uma vez que se trata de pesquisa sobre irmãos.

A tese explicitada por Sartre (1964), quando analisa a bibliografia de Jean Génét, é a da relação dialética entre o indivíduo e as condições de vida que lhe são oferecidas desde o nascimento. De tal forma que a delinquência e a criminalidade são escolhas a serem exercidas, sendo ao mesmo tempo uma possibilidade a ser aceita ou a ser recusada. Sartre descreve como o filho bastardo, o adotado, o rejeitado, o ladrão, o pederasta, o vagabundo, o marginal Jean Génét submergiu até o fundo do poço de sua liminaridade e foi salvo pela arte: tornou-se um dramaturgo. Essa mudança, no entanto, foi uma escolha, uma decisão em que o ator-sujeito pôde dizer: eu sou o que consegui fazer com o que fizeram de mim. Em resumo, todos os exemplos acima chamam atenção para o imbricamento entre os aspectos biológicos e sociais, construindo tipos de personalidade e subjetividade que testemunham escolhas dentro de determinações dadas.

Recentemente, um biólogo brasileiro, Flores (2002), retomou o assunto da determinação biológica da violência à luz dos avanços dessa ciência e, em especial, da genética. O autor questiona o repúdio de vários estudiosos em reconhecer as teorias biológicas como explicação para a violência. Flores parte do princípio de que a contribuição da biologia, da genética do comportamento e da psicologia evolutiva não tem sido bem compreendida pelos cientistas sociais que analisam o fenômeno. A crítica mais contundente de Flores é ao que considera uma interpretação errônea e simplista da biologia e de seus avanços, feita por estudiosos dos fenômenos humanos complexos, dentre os quais cita literalmente a autora deste texto e seu grupo. Diz ele, abrindo os segredos de uma contribuição da qual tanto se necessita para entender a complexa relação entre o híbrido biológico e o social:

Genes não são a matéria bruta da evolução; comportamentos, por serem fenótipos, o são. Comportamentos selecionam genes e não o contrário. É um equívoco assumir que a teoria evolutiva enfatiza o controle biológico do comportamento. Ao contrário, ela explica como os fatores ambientais e culturais moldam não só a evolução do cérebro, mas também o seu desenvolvimento em cada indivíduo. (Flores, 2002, p. 198)

O autor relaciona a genética à criminalidade violenta pela mediação do conceito de 'transtorno de personalidade anti-social'. Esse tipo de transtorno, para Flores, seria um problema crônico, que tem início na segunda década da vida, caracterizado, em sua versão mais profunda, por ausência de culpa, vergonha, remorso, pobreza de relações afetivas, incapacidade de aprender com a experiência e insensibilidade social. Fundamenta seu pensamento num trabalho de campo com 560 jovens gaúchos com mais de 14 anos, vivendo em regime de privação da liberdade, para os quais, em 40% dos casos, houve diagnóstico de problema mental, índice que atingiu 90% entre os que tinham 19 e 20 anos.

Considera-se o trabalho desse autor bastante elucidativo, pois reabre e retoma a discussão sobre a presença dos fatores biológicos na construção da violência em outro patamar: a biologia sendo reconfigurada e culturalizada pelo comportamento e pelo ambiente social. Pergunta-se, no entanto, se sua argumentação não coincide com a de vários estudiosos que, ao contrário dele, partem da articulação das características biológicas, intrapsíquicas e sociais. É o mesmo caso, por exemplo, da citação que ele próprio faz da pesquisa de Reine & Liu (1998), que identificaram uma combinação explosiva para a emergência de comportamentos violentos quando se reúnem (a) fragilidades biológicas, estimadas pela presença de problemas neurológicos, atraso no desenvolvimento psicomotor e complicações de parto, e (b) ambiente familiar inadequado, especialmente no primeiro ano de vida. Completa Flores: "estudos preliminares de uma amostra de 21 jovens violentos de Porto Alegre, mas sem condenação criminal, identificaram três variáveis cuja presença aumenta significativamente o escore de violência: problemas obstétricos, maus-tratos na infância e história familiar positiva para a criminalidade" (Flores, 2002, p.199). Ora, essa constatação nada mais é que a prova do imbricamento entre problemas biológicos, relacionais e culturais, referendada, em sua quase totalidade, pelo trabalho de Assis (1999), anteriormente citado.

Portanto, compartilha-se com Flores – e tais idéias já existiam em trabalhos anteriores escritos por Minayo e seu grupo (Minayo, Souza & Assis, 1990; Minayo & Souza, 1997; 1999) – o entendimento de que existe uma relação entre o biológico e o social e entre o subjetivo e as condições sociais, na configuração dos sujeitos violentos e criminosos. A diferença teórica talvez esteja na definição de prioridade dos fatores e na não-aceitação pelo grupo do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (Claves) da visão unilateral de qualquer disciplina, seja da biologia, da psicologia e também da sociologia, como portadoras de uma explicação causal totalizante sobre o fenômeno da criminalidade e, de forma mais ampla, da violência.

A divergência em relação às teorias biologicistas é, sobretudo, política, pois todo o conhecimento já desenvolvido pela sociologia e pela psicologia criminal demonstra serem as pessoas das classes subalternas muito mais facilmente ‘apreendidas em delitos’, do que as das classes dominantes. E o próprio Laborit (1981), um grande biólogo aqui já citado, afirma que

essa agressividade fundamental, que permite aos dominantes conquistar e conservar sua posição de domínio, está tão perfeitamente ritualizada e institucionalizada, que deixou de ser manifesta e adotou o aspecto do direito, da justiça e da ausência de agressividade, a ponto de se permitir, freqüentemente, profissão de fé humanista, de piedade, de mansidão, ao mesmo tempo em que estigmatiza as explosões brutais de violência dos dominados. (Laborit, 1981, p. 62-63)

Seria, pois, um vício do pensamento, que se poderia configurar como viés de classe, considerar os pobres como sendo biologicamente mais propensos ao crime por serem muito mais freqüentemente ‘apanhados’ em infrações, do que os ricos. O fato de mais de 90% dos apenados serem pessoas das camadas populares e de baixa escolaridade não pode ser um argumento para afirmar que todos estão lá por doença mental. Lembra-se aqui um artigo importante de Venthecourt (1990), em que o autor analisa uma rebelião social na Venezuela, provocada por aumento do custo de vida e dos preços dos transportes públicos. Esse psicólogo social comenta que a maioria dos delinqüentes de seu país assim o é, não por problemas psicopatológicos, mas por razões sociais: pela falta mais cabal de oportunidade de se constituir como cidadão. O autor faz uma distinção entre o baixo percentual de pessoas com psicopatologias que as levariam ao crime e a maioria de infratores criados pelas condições adversas da vida. Suas palavras caminham no mesmo sentido em que Flores (2002) fala dos “comportamentos selecionando genes”. Venthecourt explica como as condições sociais desfavoráveis e compartilhadas acabam por propiciar comportamentos individuais de diagnóstico psiquiátrico. Portanto, as prisões estarão cheias de pobres se deve muito mais ao fato de as classes dominantes terem privilégios porque detêm o poder econômico e político, do que às idiosincrasias e a problemas mentais dos mais pobres.

Lembrando que não é apenas a criminalidade e a delinqüência que configuram a violência, ressalta-se que seria difícil explicar uma série de manifestações de violência, como a que ocorre vitimando as crianças, as mulheres e os idosos, com argumentos biológicos. Todos sabem que o pátrio poder, no primeiro caso, a visão patriarcal que alimenta o machismo, no segundo, e, por fim, desinvestimento e rechaço dos mais velhos por

razões políticas e micropolíticas são muito mais fortes do que as diferenciações biológicas de idade, de sexo e de decrepitude. Portanto, as explicações biológicas em si, no caso, sempre foram argumentos que ajudaram o poder masculino e adultocêntrico a se manter, naturalizando formas de discriminação, de domínio e de exclusão.

CONCLUSÕES

Por toda a discussão realizada neste texto, entende-se que a violência, pela sua natureza complexa, envolve as pessoas na sua totalidade biopsíquica e social, de forma dinâmica. Porém o *locus* de sua realização é o contexto histórico-social, onde as particularidades biológicas encontram as idiosincrasias de cada um e se redefinem nas condições emocionais e socio-culturais. Isso não torna nossa tarefa mais fácil: cada vez mais sente-se necessidade de incluir a compreensão mais específica dos fatores e dos contextos que propiciam comportamentos, ações e processos violentos. Igualmente, não há dúvidas de que é necessário aprofundar a importância e o papel da subjetividade e das determinações sociais nas escolhas de possibilidades, por mais restritas que sejam as opções. As explicações biológicas como totalizantes e, portanto, em seu sentido unidisciplinar, como sendo as determinantes dos comportamentos violentos, só podem ser aceitas nos casos patológicos, nos quais os indivíduos devem ser julgados com instrumentos compreensivos específicos.

A busca de ampliação e aprofundamento do sentido do fenômeno da violência, aqui tentado, malgrado o campo nebuloso de sua definição, intrínseco a suas múltiplas formas de manifestação, permitem alguns consensos importantes que nomeamos a seguir. (1) É fato demonstrado pela realidade histórica que existem sociedades mais violentas que outras, sejam quais forem os tipos de manifestação do fenômeno. Portanto, o acirramento da violência não é uma fatalidade. (2) É fruto de observação e pesquisas que as diferentes formas de violência se articulam criando uma expressão cultural naturalizada nas relações e nos comportamentos, atitudes e práticas. (3) É sem consistência teórica qualquer proposta de visão positivista sobre a violência, devendo ela, portanto, ser sempre analisada como um fenômeno de expressão e parte constitutiva dos processos históricos complexos. (4) É o caráter eminentemente humano da violência que organiza de forma complexa as condições sociais e as especificidades mentais e genéticas com que se manifesta. E por serem humanas, suas expressões incluem significado e intencionalidade. (5) Tem consistência a

idéia de multicausalidade da violência, com ênfase no imbricamento dos fatores históricos, contextuais, estruturais, culturais, conjunturais, interpessoais, mentais e biológicos. Considera-se que sempre existirão elementos gerais e especificidades nas formas de apresentação e de reprodução desse fenômeno. (6) É muito mais profícuo, para efeitos de análise, trabalhar com a proposta de que existem ‘violências’ em lugar de ‘violência’, que têm manifestações particulares e se encontram articuladas com outras formas. (7) É importante investir no conhecimento específico e empírico dos problemas, levando-se em conta tempo, espaço, grupos atingidos, gravidade e representação, primeiro, para compreender e, em seguida, para agir: em sendo um fenômeno humano-histórico, a violência está aí para dramatizar causas, trazê-las à opinião pública e, incomodamente, propor e exigir mudanças. Porém, a compreensão de cada parte precisa ser articulada ao todo.

No caso brasileiro, sobretudo nas regiões metropolitanas e nos grandes centros urbanos, a violência tende a vicejar persistente e vigorosamente na sua expressão instrumental, como recurso usado por muitas pessoas e grupos para conquistar mercados de bens e de poder. De um lado, ela manifesta o sentido de defasagem entre a oferta de condições e a escassez de espaços numa sociedade cada vez mais competitiva. E também vocaliza demandas subjetivas de pessoas e grupos não contemplados na direção das novas formas de desenvolvimento. Segundo Wieworka (1997), ela é, por isso, a voz dos sujeitos não reconhecidos, rejeitados, prisioneiros das massas desdenhadas pela exclusão e pela discriminação social. Mas, ampliando o pensamento do autor, entende-se que é também a voz daqueles que, mesmo tendo bens materiais, encontram-se sem espaço de expressão de sua contribuição social e pessoal, perplexos num mundo em que as profundas mudanças privilegiam a concentração de riquezas e a indiferença para o que é essencialmente humano.

A chamada violência tradicional, aquela que ressalta os conflitos comuns entre os cidadãos, as frustrações das paixões entre gêneros, os furtos provocados pela fome, necessidade ou vício, tudo isso que continua a existir, tem seu espaço, ao mesmo tempo, subsumido e potencializado pelos gritos de um novo momento histórico, não ainda de todo claro e compreendido para ser enfrentado pelas forças políticas (novas forças políticas) renovadoras.

A violência não se resume às delinqüências. Suas formas culturalmente naturalizadas de agressões interpessoais, de discriminações raciais ou contra grupos específicos como homossexuais, de abusos e de dominação contra crianças, mulheres, idosos, deficientes físicos constituem um ambiente sociocultural adverso e, freqüentemente, portador de exclusão e de

lesões físicas e emocionais. Todas essas formas são potencializadoras da violência social difusa e ampla e se alimentam dela.

Temas específicos constituirão o objeto dos textos que compõem este livro que se dedica às análises do fenômeno da violência visto pela ótica da “Saúde Coletiva”, área que o trata de forma muito mais abrangente do que apenas sob o ponto de vista da criminalidade. Mas, neste início, buscou-se apresentar o patamar das análises, ressaltando que a violência, antes de ser um problema intelectual, é uma questão da práxis socio-política e se realiza como parte da história humana e social: seja qual for a sua especificidade. Por isso, ao terminar-se, retoma-se Freud (1980) em sua correspondência com Einstein, chamando atenção para o fato da necessidade de intensificar o processo civilizatório que busca a paz. Não se compartilha do imaginário da inevitabilidade e da falta de controle que frequentemente é evidenciado pela opinião pública. Enquanto seres históricos, o presente e o futuro são criações dos homens e das mulheres juntos, com o barro que está a seu alcance.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADORNO, S. A violência na sociedade brasileira: um painel inconcluso de uma democracia não consolidada. *Sociedade e Estado*, 10(2): 299-242, 1995.
- AGUDELO, S.F. La violencia: un problema de salud publica que se agraba en la región. *Boletín Epidemiológico de la OPS*, 11: 01-07, 1990.
- AGUDELO, S.F. Violência, cidadania e saúde pública. In: BARRETO, M.L et al. (orgs). *Equidade e Saúde: contribuições da epidemiologia*, p. 39-62. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.
- ARENDT, H. *Origens do totalitarismo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.
- ARENDT, H. *Sobre a violência*. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1994.
- ASSIS, S.G. *Traçando caminhos em uma sociedade violenta*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.
- ASSIS, S.G. & CONSTANTINO, P. *Filhas do mundo: infração juvenil feminina no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- BAPTISTA, M. et al. Global studies of illegal drug market. *Research Report*. Rio de Janeiro: Unicri/UNDCP, Claves/Fiocruz, Nepad/Uerj, 2000.
- BOURDIEU, P. *Sociologia*. São Paulo: Editora Ática, 1983.

- BURKE, P. Violência social e civilização. *Braudel Papers*, 12: 1-8, 1995.
- CARDIA, N. Direitos humanos e exclusão moral. *Sociedade e Estado*, v. 10(2): 343-416, [1995].
- CASTELLS, M. *Fim do milênio: a era da informação*. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1999.
- CHESNAIS, J.C. *Histoire de la violence en Occident de 1800 à nos jours*. Paris: Robert Laffont Éditeur, 1981.
- CRUZ NETO, O. & RASGA MOREIRA, M. *Nem inocentes e nem heróis*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.
- DENISOV, W. *Violencia social: ideologia y política*. Moscú: Editorial Progreso, 1986.
- DESLANDES, S. F. *Frágeis deuses*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- DOMENACH, J.M. La violencia. In: UNESCO (org). *La violencia y sus causas*. p. 33-45. Paris: Unesco, 1981.
- ENGELS, F. Teoria da violência. In: *Engels*, p.146-188. São Paulo: Editora Ática, 1981.
- FANON, F. *The wretched of the earth*. New York: Grove Press, 1961.
- FERRAZ, F. C. Violência e medo. *Pulsional Revista de Psicanálise*, 14 (7): 12-20, 2001.
- FLORES, R. Z. A biologia na violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(1):197-202, 2002.
- FREUD, S. Por que a guerra? In: *Obras Completas*, 22: 241-259. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1980.
- GOMES, R. A violência social em questão: referências para um debate em saúde pública. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5(2): 93-100, 1997.
- HABERMAS, J. O conceito de poder em Hannah Arendt. In: B.FREITAG, B. & ROUANET, P. (org.). *Habermas*. p. 100-118. São Paulo: Editora Ática, 1980.
- HEGEL, G. H. F. A fenomenologia do Espírito. In: COLEÇÃO PENSADORES. *Hegel*, p. 3-71. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1980.
- HOIRISCH, A. Psiquiatria e violência. *Anais da Academia Brasileira de Medicina*, 154(2): 98-100,1994.

- JOSEF, F. & SILVA, J. A. Psicopatia e alterações frontais em homicidas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48(1):29-44, 1999.
- KAISER, S. Religião e violência numa perspectiva histórica. *Anais da Academia Brasileira de Medicina*, 153(4): 203-204; 1994.
- KLINBERG, O. Las causas de la violencia desde uma perspectiva sócio-psicológica. In: UNESCO (org.). *Las violencias y sus causas*, p. 123-138. Paris: Unesco, 1981.
- LABORIT, H. Mecanismos biológicos y sociológicos de la agresividad. In: UNESCO (org.) *La violencia y sus causas* p. 47-68. Paris: Unesco, 1981.
- LORENZ, K. *A agressão. Uma história natural do mal*. Lisboa: Editora Moraes, 1979.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E.R. & ASSIS, S. G. *Bibliografia Comentada da Produção Intelectual sobre a Violência no Brasil, até 1990*. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1990.
- MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(supl.1):7-18, 1994.
- MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R. Violência e Saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde*, 4(3): 513-531, 1997.
- MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência? *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1): 7-24, 1999.
- MINAYO, M. C. S. Violência como construção social: refletindo o pensamento dos jovens. In: FAPERJ/Academia Brasileira de Ciências (orgs). *Drama Social*, p. 143-157. Rio de Janeiro: Faperj/ABC, 2001.
- MINAYO, M. C. S. Por que ter medo se o futuro é a morte? (Prefácio). In: CRUZ NETO, O & RASGA MOREIRA, M. *Nem inocentes e nem heróis*, p.3-10. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- MISSE, M. *O movimento: a estruturação das redes de tráfico no Rio de Janeiro: reconstituição e análise*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999 (Mimeo.).
- PINHEIRO, P. S. *Os direitos humanos no Brasil*. São Paulo: Nevi/CTV, 1995.
- REINE, A. & LIU I. H. Biological predispositions to violence and their implications for treatment and prevention. *Psychology, crime and law*, 4: 104-125, 1998.
- SARTRE, J. P. Preface. In: FANON, F. *The wretched of the earth*, p. 3-33. New York: Grove Press, 1961.

- SARTRE. *Saint G  net*. Paris: Librairie Gallimard, 1964.
- SARTRE, J. P. Questão de Método. In: COLEÇÃO PENSADORES. *Sartre*, p.70-92. São Paulo: Editora Abril Cultural, 1980.
- SOARES, L. E. Perspectiva de implanta  o de uma Política Nacional de Segurança Pública e de Combate    Violência. In: CÂMARA DOS DEPUTADOS (Coordena  o de Publica  es). *Violência Urbana e Segurança Pública*, p. 40-46. Brasília: Câmara dos Deputados, 2002.
- SOARES, L. E. & PIQUET CARNEIRO, L. Os quatro nomes da violência: um estudo sobre   ticas populares e cultura política, p.13-58. In: Soares L.E. (org.). *Violência e Política no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Relume-Dumara  /Iser, 1996.
- SOREL, G. *Reflexões sobre a violência*. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1992.
- SOUZA, M. *O tráfico de drogas no Rio de Janeiro e seus impasses sócio-espaciais*. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999 (Mimeo.).
- VETHENCOURT, J.L. Psicologia de la Violencia. *Gaceta de la Asociación de Profesores de la Universidad de Venezuela*, 11: 5-10, 1990.
- VYGOTSKY, L. S. *A forma  o social da mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1984.
- WIEVIORKA, M. O. O novo paradigma da violência. *Tempo Social*, 9 (1): 5-42, 1997.
- WOLFANG, M. E. & FERRACUTI, F. *The subculture of violence*. Londres: Tavistock, 1967.
- ZALUAR, A. Crime, medo, política. *Sociedade e Estado*, 10 (2): 391-474, 1995.
- ZALUAR, A. Diagnóstico da violência urbana no Brasil. In: CÂMARA DOS DEPUTADOS (Coordena  o de Publica  es). *Violência Urbana e Segurança Pública*, p. 18-19. Brasília: Câmara dos Deputados, 2002.

TENDÊNCIAS DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA SOBRE VIOLÊNCIA E ACIDENTES NA DÉCADA DE 90¹

*Edinilsa Ramos de Souza, Maria Cecília de Souza Minayo,
Kathie Njaine, Alessandra Jesus Machado Cruz,
Hynajara Boueris da Silva, Fátima Cristina Lopes dos Santos
& Cristiano de Oliveira Moreira*

INTRODUÇÃO

Este estudo dá seqüência a outro trabalho semelhante realizado por nós (Minayo, Souza & Assis, 1990), no qual se levantou considerável material produzido desde o início do século XX até o final da década de 80. Nessa análise, embora a ênfase da investigação tenha sido sobre textos específicos da área da saúde, abrangeram-se também outros campos do conhecimento. Primeiro, porque era bastante escassa a produção das disciplinas da saúde (no interior das quais o tema se encontrava muito pouco legitimado) e também porque a compreensão do impacto da violência na produção de lesões e traumas faz interface com outros saberes e é por eles contextualizado. No âmbito sanitário, incluíram-se as áreas de epidemiologia, medicina, psicologia, psiquiatria, psicanálise e biologia/etologia. Em outros campos, realizou-se uma busca em bases de dados da demografia, da sociologia e política, do jornalismo, do direito, da filosofia e teologia e interdisciplinares. Foi um esforço pioneiro e bastante abrangente, mas não exaustivo, pois a maioria das bases de dados consultados estava localizada apenas no Rio de Janeiro.

Na revisão citada, constatou-se que somente 3% da produção acadêmica era anterior à ou da década de 60; 11%, da década de 70; e 86%, da década de 80, quando então os estudos tomaram uma direção de crescimento em número, abrangência, inclusão de temáticas e complexidade

¹ Toda a produção científica utilizada para esta análise de tendências foi levantada, tratada e inserida na base de dados bibliográficos do Núcleo de Informação e Documentação do Claves, sendo possível acessá-los através da página www.claves.fiocruz.br/link/acervo/.

das abordagens. Considerando a área específica de saúde pública/coletiva/medicina social foi possível notar algumas especificidades. A produção estava mais localizada em alguns centros universitários e de pesquisa: Faculdade de Saúde Pública da USP, Unicamp e Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz. Poucos autores se aventuravam pela temática, a maioria dos trabalhos concentrando-se em alguns nomes. As subáreas com maior número de estudos eram as seguintes: violência, acidentes e mortes no trabalho com 35 obras; tentativas, ideações e mortes por suicídio, com 32 textos; 26 trabalhos sobre violência e maus-tratos contra crianças, adolescentes e alguns específicos sobre o mesmo grupo em situação de pobreza, abandono ou vivendo nas ruas e categorizados como “estudos sobre menores”; 25 artigos sobre mortalidade e, em menor número, sobre morbidade por causas externas em geral; e acidentes e mortes no trânsito com 17 textos. A questão da prevenção foi tratada em 11 artigos, e o impacto da violência sobre o setor saúde, em dois. Chama atenção que o tema do homicídio, especificamente, estivesse representado apenas por um trabalho.

Os estudos da área de psicanálise concentravam-se no tema do suicídio e na compreensão originária da violência. Os textos de psiquiatria enfatizavam, sobretudo, a relação entre crime e doença mental; agressão, agressividade e doença mental; e entre suicídio e neurose. Os estudos de psicologia trabalhavam, especialmente, as relações entre o psiquismo e o social; a violência de gênero; estudo de vítimas e de familiares de suicidas. A produção da área médica enfatizava a síndrome da criança espancada; as relações entre fatores genéticos e violência; a emergência e morbimortalidade hospitalar por causas externas e tentativas de suicídios; e etologia e agressividade.

As correntes teóricas explicativas presentes nos textos que foram objeto da revisão, no final da década de 80, eram bastante diversificadas, e Minayo, Souza & Assis (1990) as resumiram nas seguintes: (a) as que enfatizavam os fatores biológicos predisponentes à violência, considerando-a, portanto, fruto da agressividade instintiva da natureza humana; (b) as que ressaltavam as razões intrapsíquicas, considerando a violência uma questão da conduta individual; (c) as que atribuíam, como causa principal do fenômeno, os efeitos disruptivos dos rápidos processos sociais de mudanças; (d) as que consideravam o fenômeno, como uma resultante das desigualdades, pobreza e exclusão social; (e) as que explicavam o crescimento da criminalidade pela fraqueza do estado.

É a partir desse patamar que a Revisão dos Anos de 1990 se constrói. Nem tudo poderá ser comparado, porque no estudo atual focaliza-se, especificamente, a produção do setor da saúde. No entanto, o retorno aos

estudos de todo o período anterior que vai até o início do século permitirá mostrar tendências teóricas, priorização de algumas temáticas; obscurecimento de determinados assuntos, antes nas pautas principais, e observar, também, as questões pouco debatidas, apesar de sua relevância, que deveriam ser ressaltadas e incluídas entre as preocupações analíticas da primeira década do século XXI.

Uma das questões centrais que os profissionais da assistência à saúde colocam para a produção acadêmica sobre violência é o sentido dos estudos. O “para que e o como” sempre estão presentes nas linhas e entrelinhas das relações entre os pesquisadores e os que trabalham na atenção. Essa foi, portanto, uma das indagações ao material recolhido: qual o objetivo de determinado estudo? As respostas são diversas, mas permitem também apontar tendências. Em primeiro lugar, é importante assinalar que, do conjunto, quase a metade enunciou seu propósito estratégico de colaborar ou para formulação de projetos de prevenção e intervenção ou para contribuir à melhor adequação dos serviços e da formação profissional. Alguns avaliaram a capacidade das instituições de saúde e dos Institutos Médico Legais que produzem laudos sobre lesões, traumas e mortes por causas externas, na sua capacidade de responder aos atuais desafios da magnitude dos acidentes e das violências. No entanto, na maioria da vezes houve o objetivo explícito de produzir conhecimento acadêmico, o que não diminui seu mérito, na medida em que constituem diagnósticos básicos necessários para dimensionamento do fenômeno.

É importante ressaltar na análise a tendência que toma corpo, no final da década de 90, de dirigir a produção intelectual sobre violência para um diálogo com as práticas dos serviços. Torna-se essencial dar ênfase a esse ponto por dois motivos: primeiro, porque esse objeto é ainda considerado bastante estranho à práxis do setor, apesar das altas taxas de morbimortalidade por causas externas. Segundo, porque, embora existam experiências bem-sucedidas no âmbito de alguns serviços, não há um plano para direcionar as ações práticas. Daí a necessidade de geração de conhecimento estratégico.

METODOLOGIA

Foi levantada a produção intelectual brasileira na área específica da saúde sobre acidentes e violência a partir de artigos em periódicos, livros e capítulos de livros, dissertações, teses e manuais instrucionais de distribuição nacional. A pesquisa transcorreu ao longo do ano de 2001.

As bases de dados da Bireme e Scielo (via internet), bem como as bases informatizadas, como a Dedalus, da Universidade de São Paulo, e a Base Bibliográfica da Universidade Federal de Santa Catarina constituíram as principais fontes de informação.

Além dessas importantes coleções, foram feitas visitas a todas as instituições de pós-graduação em saúde coletiva e saúde pública do país, bibliotecas, núcleos de informação e documentação, em busca, sobretudo, de teses e dissertações e outros materiais.

O conjunto do material aqui compilado provém de 37 bibliotecas – oito na região Nordeste do país, vinte no Sudeste, seis no Sul e três no Centro Oeste – e de 37 pós-graduações – oito no Nordeste, 22 no Sudeste, cinco no Sul e duas no Centro Oeste. Inclui ainda oito bases de dados, das quais duas de Universidades, e os catálogos de três editoras.

Foi levantada a produção em 78 periódicos/revistas/cadernos científicos brasileiros, alguns de circulação nacional e internacional – sobretudo, os periódicos das instituições mais consolidadas de pesquisa em saúde do país que são catalogados pelos grandes indexadores internacionais –, outros, de distribuição regional e local apenas, não indexados, e encontrados somente nos locais de origem de sua produção, aos quais buscamos contemplar ao máximo. Esse critério inclusivo deveu-se ao reconhecimento de que é muito importante a realização de estudos focalizados nas várias realidades do país, tanto para o avanço do conhecimento, quanto para informar ações setoriais e intersetoriais. Pois, embora processos sociais próprios do interior do Brasil pareçam quase invisíveis em comparação ao que acontece nos grandes centros urbanos, configuram um nível real de manifestação das diferentes formas de violência. Esses veículos de comunicação foram consultados em relação ao período abrangido no estudo, no caso de existir a coleção publicada ao longo de toda a década estudada.

Uma vez fechado o processo de busca do material, desencadeou-se um processo de classificação em relação ao tipo de publicação, à temática abordada, à área ou especialidade da produção, ao ator social enfocado e à metodologia utilizada no trabalho, tornando possível a informatização e a criação do banco de dados no *Programa Informa*. Esse programa é apropriado para armazenar bases bibliográficas.

As categorias utilizadas para proceder à classificação dos trabalhos foram: (1) em relação à área ou especialidade da produção: geriatria e gerontologia; ciências sociais em saúde; cirurgia; planejamento em saúde; enfermagem; farmácia; ginecologia e obstetrícia; medicina legal; neurologia; pediatria; saúde pública/coletiva; saúde mental; serviço social em saúde; epidemiologia; emergência e trauma; (2) em relação às temáticas:

concepções teóricas sobre violência; causas externas; acidentes de trânsito/transportes; outros acidentes; homicídio; suicídio; criminalidade/delinquência; exclusão social/violação de direitos; informação/mídia e violência; violência e trabalho; violência institucional; violência contra a mulher; violência contra o idoso; violência contra a criança e o adolescente/violência doméstica; fatores de vulnerabilidade à violência: álcool e drogas; prevenção; (3) em relação à metodologia utilizada no trabalho: ensaio; estudo de caso clínico; estudo descritivo; estudo epidemiológico descritivo ou analítico; estudo qualitativo; revisão bibliográfica; revisão teórica; estudos quantitativos/interdisciplinares; estudos baseados em oficinas e seminários.

Houve enormes dificuldades, nessa primeira parte do trabalho, para conseguir maior clareza e fidedignidade para esta Revisão. Parte do acervo não continha resumo nem palavras-chave (conteúdos que tiveram de ser elaborados pelos pesquisadores); outro conjunto apresentava resumos não suficientemente capazes de representar a informação, porque apenas narravam o método utilizado na realização da pesquisa, mas, omitiam os resultados; e alguns, além de não apresentarem dados fundamentais para sua compreensão, são bastante confusos quanto ao objeto de estudo e aos objetivos pretendidos. Essas falhas encontram-se em vários artigos, mas estão presentes, sobretudo, em teses e dissertações.

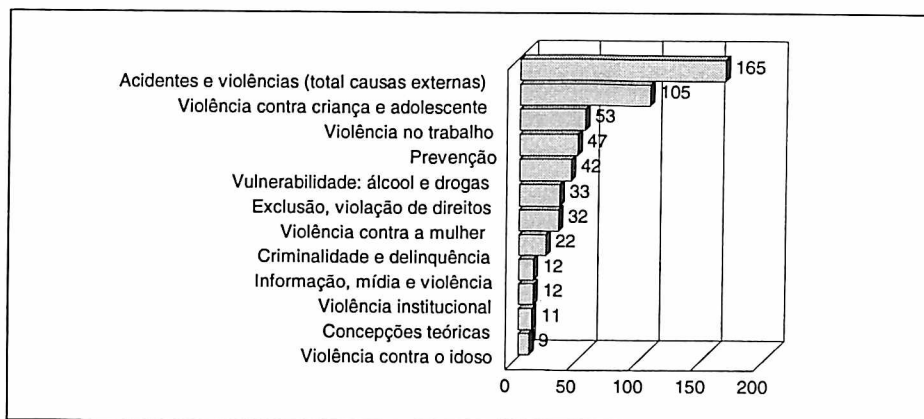
Houve, portanto, um trabalho de aprimoramento da informação bastante intensivo, buscando a melhoria dos dados apresentados e a sua inserção numa ficha própria criada por nós e digitada no *Programa Informa*. Ao todo, foram localizados e classificados 543 trabalhos – 158 (29,1%) produzidos na primeira metade da década de 90 e 385 (70,9%), na segunda –, distribuídos na tabela 1 e no gráfico 1, a seguir. Essa produção ficou distribuída em 311 artigos publicados em periódicos (57,4%), 124 dissertações (22,8%), 46 teses (8,5%), 22 livros (4%), 22 capítulos de livro (4%) e 18 manuais (3,3%). Mesmo realizando-se um enorme investimento na busca ativa do material, é preciso ressaltar que não se tem a pretensão de que este trabalho esgote toda a produção brasileira.

Neste estudo, construíram-se vários tipos de classificação que abrangem as ‘classes de violência’: exclusão e violação de direitos e criminalidade e violência; ‘formas de violência denominadas pelo setor da saúde como causas externas’: homicídios, suicídios e acidentes e as várias formas de agressão física e emocional e abandono; ‘vítimas da violência’: crianças e adolescentes, mulheres e idosos; os ‘fatores predisponentes às violências’: álcool, drogas e influências da mídia; ‘modalidades de apresentação da violência’: violência no trabalho e violência institucional; ‘atuação do setor saúde’: vigilância e prevenção.

Tabela 1 - Produção científica brasileira sobre violência e saúde na década de 90 segundo as temáticas.

Temáticas analisadas	Número	Período	
		1990 a 1994	1995 a 2000
1. Concepções teóricas	11	4	7
2. Acidentes e Violências	165	37	128
2.1. Causas Externas em geral	66	14	52
Morbidade	17	2	15
Mortalidade	36	9	27
Morbimortalidade	13	3	10
2.2. Homicídio e tentativas	13	2	11
2.3. Suicídio, tentativas e ideação	32	12	20
Teoria	2	2	-
Consumado	12	3	9
Tentativa	18	7	11
2.4. Acidentes de trânsito	32	8	24
Morbidade	15	3	12
Mortalidade	8	4	4
Morbimortalidade	9	1	8
2.5. Outros acidentes	22	1	21
3. Acidente e violência no trabalho	53	15	38
4. Violência contra crianças e adolescentes	105	46	59
5. Violência contra a mulher	32	8	24
6. Violência contra o idoso	9	-	9
7. Violência institucional	12	5	7
8. Criminalidade/Delinquência	22	5	17
9. Exclusão/Violação de direitos	33	13	20
10. Informação/Mídia e Violência	12	3	9
11. Vulnerabilidade à violência: álcool/drogas	42	10	32
12. Prevenção	47	12	35

Gráfico 1 - Distribuição da produção científica brasileira sobre acidentes na década de 90.



ANÁLISE DA PRODUÇÃO

Concepções Teórico-Metodológicas

No acervo de trabalhos catalogados da década de 90, alguns podem ser classificados como tentativas de pensar e repensar as bases teóricas, por meio das quais a área de saúde se aproxima da violência. Esse atravessamento que, em geral, parte da análise dos próprios fundamentos da grande área da saúde, sobretudo da medicina e da saúde pública, leva também em conta os estudos empíricos que se processam e, por sua vez, teorizam os objetos particulares em sua aproximação. Em nosso acervo, registramos onze estudos específicos – quatro do início e sete da segunda metade da década de 90 –, cujo objetivo precípua foi a teorização, podendo ser categorizados como revisão bibliográfica e ensaio.

Embora apresentem abordagens diferenciadas, o conjunto dos textos articula as expressões de acidentes e violências com o contexto social. As principais tendências desses estudos podem ser assim resumidas:

1. abordagem da violência e dos acidentes dentro de um quadro reflexivo crítico, político e histórico, sobretudo articulado às categorias de equidade e desigualdade, diferenciando suas várias expressões e relacionando-as ao grau de conquista da cidadania;
2. articulação, em alguns trabalhos, da violência com outros fenômenos e processos sociais, como a religião, por exemplo; com o medo e a insegurança; com a impunidade e a corrupção; com a discriminação e

os racismos. Há alguns poucos artigos que analisam a violência no contexto da globalização, do consumismo e das mudanças técnico-informacionais, evidenciando sua especificidade no mundo e no país, na atualidade;

3. análise do setor saúde como uma espécie de 'encruzilhada' para a qual convergem os efeitos e os resultantes das violências e acidentes que são as lesões e traumas físicos e emocionais; e, ao mesmo tempo, como parte de contexto da violência, sobretudo a de caráter institucional. Vários textos chamam atenção para o papel positivo que o setor, pela sua tradição preventivista, pode ter, diferenciando-se em relação à prática da segurança pública;
4. encaminhamentos, dentro de quase todos os trabalhos, de sugestões para ações setoriais, temas de pesquisa, melhoria das várias fases de atendimento às lesões e traumas.

Do ponto de vista metodológico, os textos se dividem em três ensaios, e oito revisões bibliográficas. Estas últimas contextualizam os acidentes e as violências com dados provenientes do Sistema Nacional de Mortalidade e, alguns, com estatísticas da área de segurança pública e informações de bases internacionais. Comparativamente, os estudos da década de 80 e anteriores apresentavam-se em maior número, sob a forma de reflexões teóricas emanadas de observações especulativas sobre a realidade. Diferentemente, nos anos 90, grande parte dos trabalhos tendeu a incorporar nas teorias com as quais trabalham as análises de dados empíricos. Outra importante distinção, como já mencionamos, é que, salvo exceção (que se apresenta sob a forma de três ensaios), os estudos teóricos ampararam-se em dados que vêm sendo paulatinamente consolidados. O que sugere, na década em análise, avanço significativo, tanto no campo da teoria como no da pesquisa.

Acidentes e Violências

Nesta classificação, serão tratados os estudos que abordaram, em conjunto ou de forma específica, a mortalidade por homicídios, suicídios e acidentes e as lesões e traumas pelas mesmas causas.

Um total de 165 trabalhos sobre acidentes e violências foi captado nas bases de dados ou por busca ativa, referindo-se ou à categoria geral de causas externas, ou especificamente sobre homicídios, suicídios, acidentes de trânsito e transporte, e outros acidentes, lesões e traumas como resultantes. Desse conjunto – 37 da primeira e 128 da segunda metades da

década de 90 –, 50 textos referem-se à morbidade; 56, à mortalidade; e 59 abordam conjuntamente a morbimortalidade. As áreas com maior número de publicações são a da saúde coletiva, totalizando 87 textos; da medicina e da enfermagem, com 27 estudos; e da saúde mental, 21.

Do ponto de vista do conteúdo, a maioria dos trabalhos concentra-se na descrição e análise da magnitude do fenômeno no país, destacando seu crescimento e gravidade a partir da década de 80. Há cinco textos que, além de apresentarem dados, teorizam sobre a elevação das taxas de causas externas (predominantemente homicídios e acidentes de trânsito), associando-as ao inchaço das grandes cidades, processo não acompanhado por concomitantes condições de trabalho e de vida; ao aumento da exclusão social; ao crescimento da organização dos crimes; ao maior apelo ao consumismo e, no caso do trânsito, a vários problemas como não-conservação das estradas, a falta de fiscalização e punição; ao incentivo à velocidade; e, em todos os casos, à forte e marcada presença da corrupção e da impunidade que corroem a credibilidade dos órgãos públicos. Autores consideram a forte presença, nos processos sociais, da corrupção e da impunidade, como verdadeira ‘endemia social’.

Causas Externas em Geral

Classificaram-se na categoria de ‘causas externas em geral’ os textos que se referem aos homicídios, aos suicídios e aos acidentes em seu conjunto. Os trabalhos, na sua maioria, distinguem atores e faixas etárias específicas, e alguns constituem-se em abordagens de âmbito nacional, por regiões e unidades federadas. A predominância é de estudos sobre jovens, o grupo em que existe maior prevalência de vítimas das causas externas. Todos os autores, mesmo os que fazem incursões exploratórias sobre o tema, assinalam o crescimento exponencial dos homicídios como o fato mais significativo que vem sendo observado nos últimos vinte anos. Do ponto de vista de sua abrangência, há poucas análises que focalizam a situação nacional, destacando-se a Faculdade de Saúde Pública/USP e o Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (Claves) da Fiocruz como locais que concentram grupos de investigação produtores dessa reflexão mais ampliada. Várias pesquisas se referem a regiões, estados e municípios, predominando as que analisam a situação do Sudeste (duas), do Rio de Janeiro (oito), de São Paulo (oito). Há um trabalho sobre Santa Catarina e outro sobre Sergipe. Para algumas cidades com alta prevalência de mortes por causas externas, são feitas análises específicas com maior concentração de estudos da situação do Rio de Janeiro e São Paulo (capitais); Salvador; Recife; Vitória; de outras cidades como Duque de Caxias;

Diadema; Santos; Santo André; São Caetano; Niterói; e a Região dos Lagos no Rio de Janeiro. Há poucos estudos epidemiológicos (apenas dois) que avançam o conhecimento da associação entre desigualdades e violência, evidenciando a concentração de homicídios entre os grupos sociais mais pobres das grandes áreas urbanas.

Os trabalhos relativos à 'morbidade por causas externas', na sua totalidade, dão ênfase às condições, situações e perfil das vítimas de internações hospitalares; o papel das emergências e a visão dos médicos cirurgiões sobre as lesões e traumas; os transtornos pós-traumáticos; os cuidados em relação aos traumatizados; as seqüelas das vítimas de trânsito e de tentativas de homicídio. Um dos estudos, feito a partir de levantamento de dados primários da Secretaria de Segurança Pública, e alguns elaborados a partir de informações hospitalares mostram potente associação entre alcoolismo e causas externas (com elevada presença nas histórias de acidentes de trânsito, homicídios, maus-tratos); e forte incidência de relações sociais violentas no meio familiar e social, das quais as agressões interpessoais constituem-se em uma das causas mais expressivas de lesões e traumas, muitas delas deixando seqüelas físicas e emocionais irreversíveis.

Do ponto de vista metodológico, os textos concentram-se em levantamentos e análises de dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e de registros regionais e locais, em casos de estudos focalizados; pesquisas em Instituto Médico Legal (IML) e em Boletins de Ocorrência Policial. Os trabalhos em sua maioria são da área de epidemiologia descritiva e buscam evidenciar a magnitude do fenômeno por sexo, idade, distribuição por áreas (poucos), e menos ainda são os que são categorizados por ocupações. Alguns são mais analíticos, chegando a cálculo de anos potenciais de vida perdidos ou trabalhando com casos-controle; outros fazem articulação com dados demográficos e socioeconômicos e abordagens de tendências e séries históricas; e outros são revisões bibliográficas que permitem situar a questão no Brasil e no mundo. Há poucos estudos qualitativos e de ciências sociais sobre o tema, destacando-se a perspectiva de triangulação de métodos utilizada prioritariamente pelo Claves.

Em relação à prevenção e à atenção à saúde, vários trabalhos referem-se, de um lado, à questão social, à necessidade de políticas sociais inter-setoriais inclusivas; no caso de trânsito, ressaltam a importância de um controle maior do Estado sobre veículos, estradas e comportamento dos motoristas e pedestres. Evidenciam a importância também de melhor aparelhamento dos serviços de atendimento, de formação específica dos profissionais e de 'humanização' dos serviços.

Violência contra Criança e Adolescente

Esse foi o segundo maior tema presente no conjunto da produção intelectual, para o qual foram localizados 105 textos: 46 nos anos de 1990 a 1994 e 59 no período de 1995 a 2000. Nota-se um pequeno acréscimo anual na produção de 9,3 para 9,7 ao ano, nos dois períodos. Entretanto, esse aumento é distinto segundo o campo de conhecimento de origem do texto. A área disciplinar que mais se destacou na produção de textos, no começo da década, foi a pediatria, com a importante contribuição de 22 trabalhos. A maioria deles aborda a questão da conceituação e do diagnóstico dos maus-tratos, principalmente nos primeiros anos da década. O tema do abuso sexual, isoladamente, foi tratado por seis textos da pediatria.

Abordagens da saúde coletiva estiveram presentes em todo o período, com 27 trabalhos, passando a ter predomínio na segunda parte da década. A maioria dos autores sanitaristas priorizou o diagnóstico e o atendimento aos maus-tratos em geral. Há apenas quatro textos exclusivos sobre abuso sexual e um sobre abuso físico. A saúde mental ocupa o terceiro lugar, com 15 publicações no período. O crescimento do interesse pela violência nesse campo foi muito evidente: de 1995 a 2000 dobrou o número de textos. Entretanto, o perfil da produção é variado: sete textos versam sobre maus-tratos em geral; quatro, exclusivamente, sobre abuso físico e outro tanto sobre abuso sexual. Os trabalhos sobre abuso físico e sexual mostram-se mais freqüentes no final da década de 90, evidenciando-se uma especialização do conhecimento.

A psicologia é representada por 12 publicações, quase todas oriundas do final da década, havendo apenas uma sobre abuso físico. Todas as demais abordam maus-tratos. Do serviço social, há 11 textos no período, no conjunto do material captado. Com apenas uma exceção, todos os demais textos foram produzidos no começo da década, mostrando que a preocupação com o tema reduziu-se no decorrer do período.

Da área de enfermagem, há sete trabalhos, em sua maioria, publicados no final da década. São quatro sobre maus-tratos, um sobre abuso sexual e dois sobre negligência. A enfermagem foi a única especialidade que focalizou este último tema. A medicina contribuiu com três textos; a área de saúde da criança e a psiquiatria, com dois; a farmácia, saúde escolar e odontologia, com um por cada especialidade. A maioria dos textos desse subconjunto foi escrita na segunda metade da década, mostrando uma diversificação de áreas interessadas no tema.

Os trabalhos utilizam diferentes métodos. Na primeira metade da década, predominaram os artigos de revisão, com 27 textos, evidenciando um momento necessário de construção de conceitos, de compreensão histórica e de análise diagnóstica. Os estudos qualitativos também compareceram com 30 trabalhos, e esse tipo de abordagem se intensificou no final da década, mostrando o encaminhamento dos autores para um foco mais compreensivo da problemática. As abordagens quantitativas também estão concentradas nesse período. Estudos de caso em número de seis e revisões bibliográficas ou teóricas perpassaram todo o período investigado, enquanto os trabalhos interdisciplinares, em número de 12, foram produzidos, praticamente todos, no final da década, apontando uma tendência atual de abordagens mais complexas e por triangulação de métodos.

Do ponto de vista dos conteúdos, a produção pode ser assim classificada:

1. Textos gerais sobre violência contra a criança e o adolescente predominam com um total de 69. Os maus-tratos em geral são a principal ênfase desses trabalhos. No início da década, a ênfase era dada aos estudos teóricos, com abordagem histórica e conceitual, visando a uma sensibilização e capacitação dos profissionais. A evolução da área fica evidente nos trabalhos da segunda metade da década de 90, do ponto de vista da qualidade e da elaboração científica. Há maior presença de estudos quantitativos analíticos, e os qualitativos e interdisciplinares destacam-se.
2. Fatores de risco e de proteção passam a ter mais destaque nos textos da segunda parte da década de 90. A ênfase em estudos que abordam contextos e outros tipos de violência contra a criança e o adolescente ficou pouco evidente. Poucos estudos trabalham com a violência social e com as mortes violentas de jovens.
3. O tema do abuso sexual se fez presente como objeto principal de 19 trabalhos, distribuídos ao longo do período. Na segunda parte da década, destacam-se estudos mais analíticos, além de abordagens voltadas para avaliação de atendimento. O tema da prostituição é destacado em vários textos.
4. O abuso físico, objeto específico de oito estudos, também é assunto de trabalhos mais recentes, sendo abordado com metodologia interdisciplinar ou qualitativa. Esse agravo, no entanto, é destacado em trabalhos epidemiológicos.
5. A negligência foi focalizada apenas em três textos provenientes da área de enfermagem. A síndrome de 'Munchausen por procuração' teve uma publicação.

A maioria dos estudos se volta para propostas de prevenção e de atendimento, havendo, sobre o tema, uma série de manuais e textos didáticos elaborados por estudiosos, pelo Ministério da Saúde, ou pela Sociedade de Pediatria (analisados adiante no item sobre prevenção), para serem utilizados pelos profissionais que atendem às crianças e aos adolescentes. Essa é também uma área em que se articulam os serviços públicos e de Organizações não-Governamentais.

Violência contra a Mulher

A produção da área de saúde sobre a 'Violência contra a Mulher', na década de 90, foi bastante diversificada de acordo com temáticas, instituições de onde se originaram, objetivos específicos, abordagens teóricas e métodos de pesquisa. Não pretendendo ter sido exaustivas a busca e a investigação desse material, é possível, no entanto, extrair delas uma grande riqueza de informações, assim como perceber as limitações da produção: são 32 trabalhos, oito da primeira parte e 24 da segunda parte da década de 90.

Analisando seu conteúdo, esses trabalhos podem ser resumidos nos seguintes temas:

1. Artigos teórico-conceituais que tratam da dimensão histórica da submissão feminina assim como do movimento feminista do ponto de vista do direito, da justiça e da saúde pública; a construção social da identidade de gênero e de sexualidade dentro da tradição dualista em relação a corpo e mente e separação radical dos papéis de homem e mulher; e propostas de uma construção integrada das perspectivas de gênero. As teorias feministas de relações de gênero fundamentam as abordagens.
2. A maioria dos artigos que analisa dados empíricos retoma constatações sobre a dominação masculina principalmente nas relações conjugais (mas não unicamente) e suas expressões de violência: física, moral, sexual, cultural, emocional. No âmbito do trabalho, a dominação manifesta-se nas diferenciações de salário, nas discriminações, ameaças e assédios sexuais. Há vários textos que tratam especificamente da violência sexual, que ocorre desde os primeiros anos de vida até a terceira idade, mas vitima principalmente as adolescentes. Muitos autores e autoras ouviram as mulheres e trabalham sua ótica e suas crenças sobre submissão *versus* dominação. Alguns enfatizam os fatores predisponentes, no nível do cotidiano, à perpetuação das agressões conjugais, como abuso de álcool, história anterior de ter sido

vítima ou vivido em ambiente familiar violento, falta de apoio social e público para tomada de decisões que cortem o ciclo da vitimização.

3. Há alguns poucos textos que tratam especificamente de instrumentos adequados para pesquisa e para atuação sobre a temática. Um dos autores analisa o Programa de Assistência Integrada de Saúde à Mulher (PAISM) considerando sua importância no cenário do setor saúde.

Há dois grandes grupos de disciplinas sobre a saúde que concentram a maioria da produção: Saúde Coletiva e Saúde Mental. Na área da saúde coletiva, podem ser classificados 13 textos; em Saúde Mental, categorizam-se nove. Além desses, há três da área médica propriamente dita; quatro da área de ginecologia/obstetrícia; dois de enfermagem e um de serviço social.

Diferente das décadas anteriores, a produção sobre violência contra a mulher se mostra totalmente dispersa do ponto de vista institucional. Há uma pequena concentração na Faculdade de Psicologia da Unicamp, vindo a seguir em número, trabalhos elaborados na Faculdade de Saúde Pública da USP; no Claves da Fiocruz; no Instituto de Psiquiatria da UFRJ; na Escola de Enfermagem Ana Nery também da UFRJ; nas Faculdades de Medicina de Belo Horizonte e de Recife. Os outros textos são produções únicas em vários espaços: ISC/UFBA, Medicina Preventiva da USP e da Unifesp, Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC; Escola de Saúde Pública de Porto Alegre; e Escola de Medicina do Pará. Essa dispersão, por um lado, demonstra, positivamente, a universalização da consciência do tema na área de saúde. Por outro, revela, nessas circunstâncias, que a dimensão reflexiva está ainda prejudicada pela pouca concentração de pessoas e núcleos pensantes sobre o assunto.

Vários estudos sobre a temática da violência contra a mulher voltam-se para os serviços. Questionam a atuação dos Institutos Médico-Legais, Emergências, Delegacias Especiais da Mulher, Abrigos e ONG, em relação à qualidade do seu atendimento. A partir daí, sugerem propostas para sua maior eficiência e eficácia; e pelo menos a quarta parte deles se refere especificamente à inclusão da perspectiva de gênero nos serviços de saúde, apresentando propostas para atuação dos profissionais.

Violência contra o Idoso

A violência e os acidentes sofridos pelos idosos apenas recentemente passaram a ser preocupação da área de saúde pública. Os nove trabalhos encontrados foram publicados a partir da segunda metade da década de 90. Desse conjunto, três são da área da enfermagem, três da geriatria e gerontologia, e três da saúde coletiva.

Do ponto de vista das temáticas discutidas, apenas alguns problemas têm gerado pesquisas:

1. Há alguns poucos estudos abordando o perfil de morbimortalidade por causas externas no grupo de idosos, revelando que muitos dos problemas que os afligem são relacionados a inadequações dos ambientes domésticos e sociais a suas necessidades;
2. A violência familiar é uma das formas mais comuns de desrespeitá-los, freqüentemente sendo responsável por lesões físicas e emocionais;
3. Análise de confiabilidade da informação sobre o uso de medicamentos, sobretudo daqueles que, por causa de descompensações funcionais e problemas degenerativos, os velhos devem usar constantemente;
4. Crítica da produção simbólica do envelhecimento pela mídia, tendendo a reforçar as discriminações por idade e os estereótipos sociais.

Não é possível analisar tendências, por se tratar de um investimento novo e principiante da área de saúde, que vem acompanhando o aumento da expectativa de vida da população brasileira.

Do ponto de vista metodológico, classifica-se o pequeno conjunto de trabalhos da seguinte forma: três textos de revisão bibliográfica que analisam a problemática das violências e acidentes das quais os mais velhos são vítimas, tomando a literatura internacional como referência. Há três estudos de cunho sociológico que analisam os perfis e os aspectos socioculturais de idosos abandonados nas ruas e a ausência de programas públicos voltados para esse grupo social; um analisa o crescimento demográfico da população idosa; e o último trata das várias modalidades de maus-tratos físicos, emocionais, por negligência e por razões econômicas e familiares. As abordagens quantitativas se resumem a quatro estudos, sendo três exploratórios do tipo descritivo; e um que se constitui como pesquisa analítica do tipo caso-controle. No conjunto, há dois estudos qualitativos, um, usando a técnica de análise de discurso e o outro, no formato etnográfico, fazendo também análise de boletim de ocorrência, entrevistas e histórias de vida.

É ainda bastante inicial também qualquer referência aos serviços de saúde. Infelizmente, apenas encontra-se uma análise dos asilos e hospitais geriátricos voltados para a população idosa e pobre, geralmente produtores de formas de violências físicas, psicológicas e de negligências.

Acidentes e Violências no Trabalho

O tema da relação entre violência e trabalho está representado, na década de 90, por 53 textos, e, como os já analisados, também concentra-se na segunda metade da década com 38 estudos e 15 na primeira metade. Desse conjunto, 38 da área da saúde pública; seis de medicina; cinco de enfermagem e quatro distribuídos nos campos do serviço social, ciências sociais e pediatria.

As principais temáticas e tendências podem ser assim configuradas:

1. Revisões bibliográficas relacionadas ao próprio campo, às teorias, métodos e propostas das décadas anteriores. Debate de novas questões diante das mudanças e reestruturações dos processos produtivos e sua repercussão sobre a saúde, as formas de violência e os riscos de acidentes. Análises e revisões sobre problemas concretos, como é o caso da LER.
2. Análises críticas dos dados de morbimortalidade relacionados ao trabalho sobretudo focando as imprecisões e interesses contidos nas classificações de doenças profissionais, e o uso da CAT como fonte e suas limitações quantitativas e qualitativas;
3. Vários estudos sobre acidentes e exposição a riscos, referentes a diversas categorias de trabalhadores, como os da indústria química e metalúrgica; de professores do ensino fundamental; de limpeza; de lixo; de atividades agrícolas, como os da cana; de alimentação e nutrição; de bancos; de aeronautas e, inclusive, os do setor da saúde. Observamos uma tendência inicial de sair do âmbito do trabalho formal (espaço no qual se concentraram, nos períodos históricos anteriores, os estudos de saúde do trabalhador, sobretudo os referentes a acidentes) acompanhando o crescimento do mercado informal, e nesse pequeno conjunto de estudos incluem-se os referentes à participação das crianças e adolescentes;
4. É de se ressaltar que vários trabalhos tratam da exposição dos trabalhadores da saúde a contaminantes, a violência, a risco de acidentes por jornadas prolongadas ou por atividades estressantes física e emocionalmente;

5. Análises de perfis de mortalidade e de morbidade, focalizando lesões e traumas; e estudos de duração média de vida e condições socioeconômicas;
6. Abordagens sobre o papel do Estado diante das mudanças no mundo do trabalho e as consequências da desregulamentação e da informalidade em relação à violência e aos acidentes.

Do ponto de vista metodológico, 23 dos trabalhos são de cunho quantitativo, dos quais 18 são de abordagem epidemiológica; 11 são análises de cunho sociológico qualitativo; 13 são revisões teóricas ou bibliográficas; cinco contam com métodos interdisciplinares; e há um estudo de caso. Nessa década, houve uma diversificação maior de abordagens, ainda predominando as de cunho quantitativo, mas evidenciando-se uma tendência ao aumento de desenhos qualitativos e de triangulação de método. Observa-se também que, mesmo apresentando variedade de temáticas, houve um encaminhamento das pesquisas para a análise de categorias específicas, sendo notória a ênfase nas categorias de trabalhadores da indústria química e da saúde. Aparecem temas novos antes não tratados como LER, como, por exemplo, um estudo sobre aeronautas e abordagens de acidentes ampliados que, no caso, articulam processos de produção e condições de reprodução.

Os estudos relacionam-se aos serviços da saúde, mostrando, de um lado, várias deficiências nas informações de causas básicas pelos hospitais, dificultando possíveis análises de morbimortalidade. Em quase todos, os autores chamam atenção para as limitações do uso da CAT, sobretudo perante o aumento exponencial das diferentes formas de trabalho informal. Por fim, alguns autores ressaltam a necessidade de maior adequação do sistema da saúde às propostas de prevenção e assistência ambulatorial e hospitalar.

Violência Institucional

Por violência institucional, entende-se a ação de constrangimento e despersonalização sobre os indivíduos, por parte de várias organizações públicas e privadas cujo objetivo seria prestar serviços aos cidadãos. Tal situação frequentemente acontece em serviços da saúde, em escolas e, sobretudo, em internatos e prisões. Esse efeito de ‘massificação’ dos sujeitos, exercido por entidades chamadas por Goffman como “instituições totais”, é abordado neste trabalho como sendo prejudicial ao crescimento ou ao equilíbrio físico e emocional e ao desenvolvimento da liberdade

e da personalidade dos indivíduos. São 12 trabalhos, cinco dos quais escritos na primeira parte da década de 90, e os outros sete, na segunda metade. Desse conjunto, seis são estudos da área da saúde coletiva; três, do campo da saúde mental; e um, respectivamente, de cada uma das seguintes disciplinas: medicina geral; enfermagem; e sociologia.

São as seguintes, as principais tendências dos estudos:

1. Em relação aos problemas teóricos, vários autores analisam os processos de dominação de classe e de discriminação como panos de fundo da *praxis* de instituições que tomam como *loci* de suas reflexões, inclusive da própria psiquiatria, evidenciando as formas como interferem na estrutura psíquica dos sujeitos. Alguns textos que têm como base temporal os últimos trinta anos desvendam o papel do Estado, com sua tradição autoritária, intermediando relações com a sociedade civil. A articulação com a saúde é pensada na dinâmica de sua intercessão com práticas institucionais despersonalizantes e com a violência internalizada que impede o crescimento, o desenvolvimento e a vida saudável dos indivíduos, sobretudo de crianças e jovens;
2. Nos estudos, ênfase é dada à instituição policial como portadora de uma violência sistêmica e discriminadora; aos estabelecimentos psiquiátricos e às internações arbitrárias que reproduzem estigmas sociais e perpetuam a despersonalização dos pacientes; e aos chamados “centros de privação de liberdade” dedicados à internação de crianças, adolescentes e jovens para os quais foi prescrita essa medida socioeducativa prevista pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Há ainda um estudo, usando escala, que avalia distúrbios mentais e limitações no comportamento social de moradores de albergues públicos, encontrando nessa população alta incidência de uso de álcool e drogas. Nesse conjunto de trabalhos, faltam, lamentavelmente, abordagens relativas a violências, negligências e abandonos em residências e abrigos para idosos, um tema de alta relevância social e sanitária e que a mídia vem repercutindo a partir de denúncias da população;
3. Aprofundamento da área da assistência à saúde como sendo também produtora e reprodutora da violência. Nesse sentido, há seis textos importantes, um deles evidenciando a reprodução das desigualdades sociais nas hospitalizações e ressaltando a forte associação entre estratos sociais e financiamento da saúde. Outro mostra a continuidade entre o sistema de privação de liberdade de crianças

e adolescentes e sua hospitalização em instituições psiquiátricas, concluindo que a maioria dos pacientes não tinha indicação técnica de hospitalização. Os outros quatro apresentam evidências de como, nos próprios estabelecimentos do setor, se expressam atitudes e práticas discriminadoras e negligências, influenciando no desenvolvimento de problemas da saúde e, às vezes, em mortes evitáveis.

Do ponto de vista da abordagem dos trabalhos, há três revisões bibliográficas versando sobre prática psiquiátrica em instituição penal; sobre a situação e o cuidado de pacientes psiquiátricos violentos e a respeito de abuso e negligência relacionados a crianças institucionalizadas. São também três os textos que empregam métodos quantitativos, dois dos quais de base epidemiológica descritiva com uso de dados de internação; e um emprega escalas de avaliação de distúrbio mental e comportamento social. Há ainda três estudos de base qualitativa, usando as técnicas de entrevistas, observação participante, um dos quais é desenvolvido a partir da filosofia e do método da pesquisa-ação. Da mesma forma, ressaltando tendência já assinalada em relação a outras temáticas, há três estudos que triangulam métodos, fazendo análises de dados de prontuários, trabalhando ao mesmo tempo com informações epidemiológicas, entrevistas, grupos focais e análise de discurso.

Apesar de sua forte possibilidade de apresentação de propostas, esse conjunto de textos não chega a sugestões de mudança. Alguns propõem a ampliação da discussão política sobre as formas institucionalizadas de violência e, de maneira muito particular, os processos de despersonalização que se produzem dentro e a partir dos estabelecimentos de saúde.

Criminalidade, Delinqüência e Violência

A temática 'criminalidade' no conjunto dos estudos da área da saúde na década de 90 ora aparece associada e ora diferenciada do fenômeno da violência. No caso da diferenciação, os autores referem que a violência é um conceito muito mais abrangente. São 22 trabalhos sob essa rubrica, cinco dos quais da primeira parte e 17, da segunda etapa da década. O tema, quando tratado por estudiosos da área da saúde coletiva, é objeto das ciências sociais e da saúde ou de forma interdisciplinar articulando abordagens socioantropológicas e epidemiológicas; da saúde mental e da área de enfermagem, há um trabalho.

As principais tendências de investigações sobre o assunto podem ser assim configuradas:

1. Busca de complexificação da problemática, seja pesquisando suas raízes históricas seja analisando as hipóteses relacionadas a possíveis associações como a existência de desintegração e problemas familiares; ausência real ou psicológica, nas famílias, da figura paterna; uso de substâncias tóxicas e participação no comércio de drogas ilegais; situações socialmente problemáticas e de exclusão social; resultantes de políticas sociais excludentes; e as implicações causais e conseqüências da reincidência em atos infracionais por parte de crianças, adolescentes e jovens;
2. A maioria dos textos sobre criminalidade refere-se a adolescentes e jovens (o grupo social mais visível no universo da criminalidade) e busca trabalhar situações de risco, perfil dos infratores; políticas sociais de atendimento; e avaliação de modelos de intervenção;
3. Em relação à década anterior, diminuem os estudos voltados para explicações clínicas da criminalidade e aumentam os que buscam entender a subjetividade, os processos de identificação e as condições sociais das condutas e dos atos infracionais. No entanto, existem ainda alguns artigos escritos por médicos e psiquiatras que trabalham com teses relativas à disfunção cerebral, à psicopatia, à degeneração e ao transtorno de conduta, como explicações para o cometimento de crimes, sobretudo de homicídios.

Do ponto de vista das abordagens, há quatro estudos que se constituem em revisões teóricas, bibliográficas e ensaios. No entanto, predominam os trabalhos de cunho qualitativo que utilizam técnicas de histórias de vida e observação de campo, e produzem análises hermenêuticas dos processos sociais e do conteúdo das falas; ou buscam a compreensão dos discursos institucionais e a lógica interna produzida pela reflexão dos infratores para explicar sua situação. Os textos baseados em estudos quantitativos apresentam resultados de inquéritos, de aplicação de questionários e também de escalas, para medir psicopatias. As análises, geralmente, apóiam-se em estudos de concordância e associação de variáveis. Há também artigos sobre abordagens clínicas e de associação da criminalidade com determinadas características biológicas.

Boa parte dos trabalhos com fundamentos compreensivos analisam as políticas públicas e produzem críticas ao sistema penal, apresentando propostas de mudanças. No caso dos adolescentes e jovens, o ECA passa a ser um ponto de referência, nos textos de toda a década, por parte dos autores que baseiam sociologicamente sua argumentação, tanto para a avaliação da ineficácia e ineficiência dos internatos quanto para a sugestão de novas

formas de intervenção socioeducativas. A relação entre criminalidade e saúde é construída por esse grupo de estudiosos, pela reflexão sobre o que a violência significa como ameaça à vida e à qualidade de vida. No caso dos jovens, a essa compreensão se junta o marco do crescimento e desenvolvimento saudáveis.

É possível observar, finalmente, se é feita uma comparação com os estudos realizados na década de 80 e nos períodos anteriores, maior consistência científica e busca de aprofundamento das articulações entre criminalidade e violência. Isso significa que está havendo um grau mais elevado de cientificidade na produção e uma conseqüente diminuição dos discursos ideológicos e das 'inferências' exteriores ao problema. Pelo contrário, constata-se maior investimento e refinamento teórico, explicativo, compreensivo e metodológico.

Exclusão e Violação de Direitos

O tema da exclusão e da violação de direitos sempre esteve subjacente às discussões sobre a relação entre classes sociais e desigualdade na saúde. No conjunto do material coletado sobre violência, ele se evidencia claramente em 33 trabalhos, 13 dos quais da primeira parte e 20 da segunda etapa da década de 90. O tema é tratado, sobretudo, por estudiosos da área da saúde coletiva que comparecem com 19 textos, dos quais cinco são especificamente das ciências sociais e boa parte apresenta abordagem interdisciplinar. Em segundo lugar, vêm as pesquisas do campo da saúde mental com oito trabalhos, havendo ainda a presença de 11 estudos da enfermagem, um da medicina geral, dois da pediatria e dois do serviço social.

As principais questões discutidas e as tendências dos trabalhos podem ser assim resumidas:

1. Revisões bibliográficas que abordam o desenvolvimento de crianças em contextos socioculturais difíceis; problematizam associações teóricas e práticas que relacionam homicídios, pobreza e fluxos migratórios; produzem análises sobre a presença do crime organizado nos espaços socioculturais e de moradia da população pobre, evidenciando como esse fenômeno amplia os riscos à vida, ao desenvolvimento e ao equilíbrio físico e emocional; criticam as estratégias de prevenção e repressão às drogas e de políticas públicas voltadas para as áreas populares e a juventude, mostrando como tendem mais à repressão e à exclusão moral que à promoção socio sanitária.

2. No início da década, os temas mais pesquisados foram as práticas de extermínio, a população que vive nas ruas e, de forma especial, a situação dos chamados “meninos de rua”, seus familiares, fazendo relação com os indicadores sociais de pobreza, de moradia e de emprego, e suas condições de crescimento e desenvolvimento. Os estudos de caso também focalizam os mesmos assuntos. A maioria dos trabalhos faz associação entre exclusão moral, homicídios e situações de pobreza, enfermidades, lesões e traumas e implicações éticas da intervenção nas famílias para proteger crianças e adolescentes vivendo nas ruas.
3. Na segunda metade da década, observa-se que ainda estão presentes temas como a situação dos meninos de rua. No entanto, os textos vão pouco a pouco apresentando definições de investigação mais claras como relações entre desigualdade social e mortalidade por causas evitáveis; estudos sobre situações de risco, por exemplo, em relação à vivência da sexualidade pelas meninas que vivem nas ruas, à situação nutricional de crianças e adolescentes vivendo nas ruas e à infecção de HIV/Aids. Há vários estudos que aprofundam questões de subjetividade da população em situação de exclusão.

Do ponto de vista das abordagens metodológicas, há revisões bibliográficas e ensaios, correspondendo a 12 textos. Predominam as análises qualitativas que utilizam entrevistas, histórias de vida e observação de campo, fazem análise de documentos, estudo de casos, jogos lúdicos e desenhos. Os estudos de cunho quantitativo apresentam resultados de abordagens descritivas, analíticas e, também, levantamento de situações específicas. Em dois casos, foram usadas estratégias interdisciplinares em análises do perfil epidemiológico de grupos populacionais específicos e análise de discurso; estimativas de crianças de rua e discurso político; e, ainda, análise de registro policial sobre violência intrafamiliar e destino jurídico dos diversos casos.

Do ponto de vista da aplicabilidade dos trabalhos, vários deles voltam-se para propostas de políticas públicas e alguns fazem indicações para os atendimentos da saúde.

Álcool e Drogas como Fatores de Vulnerabilidade aos Acidentes e Violências

São 42 textos referentes à problemática do álcool e das drogas: 12 da primeira parte da década de 90 e 32 da segunda. Desse conjunto, 13 são provenientes das disciplinas da saúde mental, 14 da ampla área da saúde pública, cinco da pediatria, quatro da enfermagem, cinco da medicina e um é especificamente da farmacologia.

Sobre as relações entre alcoolismo e violência há 17 textos. O tema da exploração de associação entre drogas, álcool e violência foi muito pouco contemplado nos períodos anteriores, chamando atenção a ênfase que passa a ter na década de 90. No período em análise, ele aparece sob várias denominações: drogas, drogas legais e ilegais, drogas injetáveis, substâncias psicoativas; dependência química, ou de forma explícita: álcool, maconha, cocaína, cola de sapateiro, inalantes e medicamentos. O consumidor, nos trabalhos, é reconhecido como dependente, ou por grupo etário e atribuição social, como criança, adolescente, escolar, estudante, menino da periferia, menino de rua, trabalhador.

Quanto às tendências dos trabalhos observa-se:

1. Forte associação do uso abusivo de bebidas alcoólicas e vários tipos de violência como as que ocorrem no âmbito intrafamiliar e inter-pessoal em geral; relação com o ato do suicídio, com acidentes de trânsito e com acidentes de trabalho. Embora muito mais reprimidas, as drogas ilegais como maconha e cocaína são relativizadas nas análises em sua relação com o cometimento de ações violentas;
2. Forte presença do mercado de drogas ilegais como um fator preponderante do aumento das taxas de homicídios e potente amplificador da violência social em geral. Sendo, portanto, um fator de risco indiscutível para o crescimento exponencial da mortalidade por violência, sobretudo na faixa de 15 a 29 anos, em que as vítimas preferenciais são jovens-homens, pobres, habitantes das periferias das grandes cidades ou mesmo das cidades menores que se constituem em rotas de narcotráfico;
3. A maioria dos artigos assinala a maior vulnerabilidade de estudantes, de crianças e jovens, analisando prevalência de uso de drogas. Mas há também diagnósticos de distúrbios psíquicos gerados por consumo de álcool e outras substâncias em populações adultas e análises sobre serviços em seus diversos níveis de atendimento clínico, desintoxicações e prevenção.

Do ponto de vista metodológico, no conjunto de textos, há algumas revisões bibliográficas sobre diagnósticos de dependência, incidência e prevalência de drogadição e sobre aspectos sociais e históricos dos problemas relacionados ao uso de drogas e álcool. Predominam abordagens estatísticas e epidemiológicas com uso de questionários e escalas, estudos de caso e ensaios, sendo estes últimos mais empregados pelos pesquisadores da área da saúde mental. No entanto, há algumas análises qualitativas que buscam compreender a lógica interna e os problemas específicos dos usuários de álcool e drogas, bem como distinguir as circunstâncias de uso e dependência.

Boa parte dos trabalhos encaminha recomendações quanto a abordagens do problema para o público. Ênfase é dada à análise das campanhas antidrogas para a juventude e a propostas para atuação do setor da saúde. Vários autores ressaltam a necessidade de aprofundamento de estratégias preventivas, inclusive utilizando-se o programa de saúde da família. Outros dão ênfase à importância da implementação de centros para atendimento específico e recuperação de drogadictos, em colaboração intersetorial visando à promoção da qualidade de vida, muito mais que à repressão. Vários deles referem-se à necessidade de vigilância e controle por parte do setor da saúde e de trânsito, quanto ao uso de bebidas alcoólicas e outras drogas, incluindo medicamentos, pelos motoristas profissionais ou de passeio.

Mídia e Informação

Foram coletados 12 trabalhos relacionados à mídia e à informação, dos quais três da primeira metade da década de 90 e nove, da segunda parte. Desse conjunto, 10 pertencem à área da saúde coletiva e dois são provenientes das disciplinas da saúde mental. Os estudos aqui apresentados são fundamentais, pois hoje não se pode desconhecer o papel dos meios de comunicação tanto em suas estratégias de reforço das ideologias e das práticas sociais, quanto em seu significado de intervenção na cultura. No período anterior, que vai do início do século até a década de 80, encontram-se quatro trabalhos, apenas, tratando dessa relação entre violência, informação e comunicação. Há, portanto, um crescimento expressivo do número de textos, ainda que continuem relativamente escassos. É de se notar, também, que apenas se avaliou a produção realizada pelos profissionais da saúde.

Os trabalhos coletados encaminham-se nas seguintes direções:

1. Estudos teóricos e revisões bibliográficas abrangendo críticas à qualidade da informação, analisando o fluxo que vai da origem de dados sobre causas externas utilizados para a construção de indicadores e de análises epidemiológicas, avaliação de serviços e propostas de intervenção;
2. Análises dos fatores socioculturais que influenciam na construção da informação e nos processos de comunicação e temas específicos como influência da TV como difusora de violência para a criança; elementos violentos em desenhos animados; críticas ao sistema de informação sobre acidentes de trabalho; e estudos sobre notícias de violência veiculadas em jornal.

Do ponto de vista metodológico, os trabalhos podem ser classificados como: revisões bibliográficas sobre sistemas de informação para as diversas modalidades de morbimortalidade por causas externas e sobre situações de exclusão social e de direitos. Há um conjunto de seis estudos quantitativos que fazem análises de dados secundários, usando as seguintes fontes de dados: o Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde; laudos do Instituto Médico Legal; informações da Secretaria de Saúde e boletins de ocorrência das Secretarias de Segurança Pública. As abordagens qualitativas compõem-se de análise de matérias jornalísticas e interpretações de desenhos, observações, notas, entrevistas e análise de discursos.

Por tratarem de um tema transversal a toda a política da saúde, alguns textos indicam a necessidade de investimento para melhorar as estratégias de informação, dando ênfase à busca de qualidade dos dados desde a origem. Em relação à comunicação, as sugestões são mais gerais e se restringem à crítica da forma como é realizada.

Prevenção de Acidentes e Violências

É importante ressaltar que, na década de 90, intensificam-se estudos específicos da área da saúde, voltados para a prevenção. Essa preocupação apenas se iniciava na década anterior, quando não só o tema da violência e dos acidentes era tratado primordialmente pela epidemiologia descritiva em estudos de mortalidade e morbidade, como a idéia de prevenção estava restrita à área de Segurança Pública, portanto, muito pouco legitimada no setor da saúde. São 47 trabalhos específicos sobre o tema, sendo 12 da primeira metade e 35 da segunda. Do conjunto de textos, 29 são artigos, resultados de pesquisa, teses e dissertações, e 15

são manuais, guias e cartilhas produzidos pelo próprio Ministério da Saúde (Secretaria de Assistência, Secretaria de Políticas, Programa de Saúde Mental), pela Sociedade de Pediatria, por Secretarias de Saúde locais e por Organizações Não Governamentais. É preciso esclarecer que neste estudo de tendências, há um subdimensionamento da quantidade de material produzido, uma vez que não foi possível agregar os manuais elaborados nos níveis estadual e municipal, por premência de tempo. Além dos trabalhos já referidos, há três textos que se constituem em planos e programas do Ministério da Saúde através da Secretaria de Assistência e do Cenepi. Pode-se formular uma hipótese de que o primeiro decênio do novo século será decisivo para o avanço das estratégias preventivas e promocionais do setor, uma vez que o tema da Violência e dos Acidentes, de uma vez por todas em 2001, passou a ser legitimado dentro da política da saúde.

Os principais temas e tendências apresentados são os seguintes:

1. Investimento em marcos teóricos e conceituais que situam a violência e os acidentes como problemas da área da saúde e o papel que o setor pode desempenhar na prevenção; as propostas conceituais e operacionais de vigilância epidemiológica; a relação entre saúde como qualidade de vida e a interferência negativa da violência nos processos vitais e de cidadania; e a necessidade da intersetorialidade para a promoção da convivência social saudável e da prevenção das lesões, traumas e fatalidades físicas e emocionais;
2. Focalização de grupos específicos para atenção especial dos serviços, como o das crianças, adolescentes e das mulheres. E os temas mais presentes são prevenção de violência intrafamiliar e de acidentes de trânsito; formação de profissionais para diagnósticos de maus-tratos e para atuação do setor de emergência e trauma; o atendimento pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação; o risco que o alcoolismo e as drogas representam para a maior parte das formas de violência, como as agressões no âmbito doméstico e interpessoais nos espaços sociais mais diversos e acidentes de trânsito;
3. Adoção do tema da prevenção a acidentes e violências pelo setor da saúde, com claro envolvimento de diversas áreas de conhecimento e de práticas como a epidemiologia e a saúde pública em seu sentido mais amplo, com 23 trabalhos; a pediatria, com cinco; e menos frequentes, a especialidade de emergência e trauma e a vigilância da saúde ocupacional; a medicina em geral; a educação em saúde; a economia da saúde; e o planejamento e gestão.

Do ponto de vista metodológico, as abordagens preventivas tendem a articular interdisciplinarmente as ciências sociais, a epidemiologia, a medicina, a psicologia, a educação e o planejamento e gestão.

CONCLUSÕES E CRÍTICAS

As conclusões deste trabalho iniciam-se pelo processo de coleta de dados e as dificuldades e facilidade encontradas nas bases de produção desta revisão, pois esse foi um condicionante da qualidade do trabalho. Dentre os fatores que facilitaram a busca ativa que complementou a pesquisa nas bases de indexação, destacam-se: (1) o fato de várias bibliotecas terem seus acervos inteiramente informatizados, permitindo acesso mediante pesquisas por computador; (2) a política de informação de algumas instituições, pois além de terem seus acervos totalmente informatizados e atualizados, aí incluindo-se o conjunto de periódicos e teses, os profissionais da área disponibilizaram, com grande generosidade, os documentos para cópia. Isso foi essencial, pois buscava-se, concomitantemente ao processo de análise, ter o texto na íntegra para pesquisa pública e aberta no Centro de Documentação do Claves. Destacam-se, pela atualidade, qualidade e facilidade para acesso do público, a Biblioteca Central da Universidade Federal de Santa Catarina, a Biblioteca da Faculdade de Medicina e a Faculdade de Saúde Pública da USP e a de Ciências Médicas da Unicamp; (3) mesmo não sendo informatizadas, algumas bibliotecas contam com excelentes profissionais da área, que prestaram um serviço de alta competência, demonstrando compreensão da importância do trabalho de revisão.

Dificultaram o trabalho os seguintes fatores: (1) além da não-informatização do acervo por parte de algumas instituições universitárias e de pesquisa, o caso de bibliotecas parcialmente desorganizadas por estarem sendo informatizadas; (2) encontraram-se valiosas coleções de periódicos nacionais e internacionais totalmente inacessíveis aos usuários, guardadas em recintos fechados e empoeirados. Esse comportamento lastimável, que constitui uma omissão quanto à ética do acesso à informação, demandou esforço para conseguir permissão de acesso aos documentos; (3) muitas instituições não dispõem de serviços reprográficos; (4) nem sempre foi possível contar com a compreensão dos profissionais responsáveis pelos acervos, no atendimento às necessidades desta pesquisa. Em alguns locais, houve má vontade em informar, refletindo uma mentalidade retrógrada com respeito ao processo de disseminação da informação científica.

Passando ao processo de tratamento dos dados realizado pela equipe do núcleo de informação e documentação do Claves, citam-se alguns problemas que também dificultaram o trabalho. Dentre eles, destacam-se a existência de muitos textos sem resumo e, ainda, resumos muito mal elaborados, por meio dos quais era impossível saber o conteúdo dos artigos. Esse problema ocorreu tanto em relação a artigos publicados quanto a dissertações e teses, mas esteve presente principalmente no segundo caso. A pouca clareza do que deveria ser uma síntese, certamente deve ser um problema muito mais generalizado do que se apresenta nos trabalhos sobre violência e acidentes, o que remete à própria dificuldade de construção dos objetos de estudo e de apresentação dos resultados.

Houve outro problema que é próprio do desafio classificatório e diz respeito ao fato de um artigo ou tese abordar vários temas, encaixando-se em mais de uma área do conhecimento. Pela necessidade de categorização, tais textos tiveram de ser definidos em um campo específico, o que foi feito, mesmo comportando uma visão alternativa de outros pesquisadores.

Entrando no mérito da produção intelectual, deve-se ressaltar o indiscutível avanço do conhecimento sobre o tema em revisão, mostrando que na década de 90 houve uma maior abrangência e distribuição das pesquisas por locais de realização, por áreas do conhecimento abrangidas e por assuntos estudados. Observa-se também que o grande incremento da produção vai se dar na segunda metade da década, que concentrou 70,5% de todos os trabalhos.

Quanto aos locais de origem dos investigadores, o levantamento da produção evidencia sua ampliação para o âmbito nacional, modificando o perfil antes concentrado praticamente na Região Sudeste e, em especial, no eixo Rio-São Paulo. Destaca-se, no período, maior participação das regiões Sul, Nordeste e Centro Oeste. No entanto, do ponto de vista de consolidação de um pensamento sobre o tema, ainda continua a destacar-se o eixo Rio-São Paulo e, nesse espaço, o Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (Claves) da Fiocruz e o Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP. De qualquer forma, esse movimento de aumento da quantidade, da dispersão e concentração da produção na segunda metade da década de 90, está fortemente articulado à criação de novos programas de pós-graduação nas diferentes áreas de ciências da saúde. Nesse particular, ressalta-se a contribuição da saúde coletiva e da saúde mental, sem dúvida as que mais avançaram, vindo a seguir a pediatria e a enfermagem. É importante destacar, como novidade, a crescente contribuição do campo da enfermagem para a produção de conhecimento sobre o tema.

Sobre os assuntos específicos classificados no presente trabalho, o maior grupo de textos é o dos que tratam da categoria 'causas externas' juntando as subcategorias homicídios, suicídios, acidentes fatais e todas as lesões e traumas considerados na morbidade referente à categoria. Com certeza, a ênfase dos estudos está relacionada à relevância que, durante toda a década, foi dada às mortes por violência e ao fenômeno da criminalidade, considerados ao mesmo tempo como problemas e como manifestação de problemas sociais próprios do atual momento histórico do país. O segundo maior grupo de textos trata de 'violências contra crianças e adolescentes' que, apresentando grande diversidade de subtemas, parece refletir a influência do ECA, instrumento de realização de direito promulgado exatamente no ano de 1990. Em terceiro lugar, situa-se o conjunto dos textos referentes à 'violência no trabalho', subtema que, embora em termos quantitativos continue a ter um número de publicações semelhante, perdeu seu peso relativo no conjunto dos textos, pois na Revisão que contemplou até os anos da década de 80, ocupava o primeiro lugar. Em quarta posição, aparecem os trabalhos sobre 'prevenção', assunto que vai assumir preponderância na segunda metade da década. Essa orientação sugere que a combinação do maior domínio teórico, conceitual e empírico do tema com a sua progressiva (embora relutante) legitimação no âmbito das políticas de saúde poderia estar direcionando os pesquisadores e os gestores a uma busca de aproximação cada vez mais estreita entre abordagens teóricas e aplicação prática das descobertas empíricas.

Constatam-se também vários movimentos em relação ao conjunto de subtemas estudados, se os compararmos com sua presença, enfoque, sentido e tendência no levantamento anterior já citado (Minayo & Souza & Assis, 1990). Por exemplo, 'violência contra o idoso' é um assunto incipiente que não estava presente na revisão até os anos 80, e na década de 90, começa a surgir apenas na sua segunda metade. 'Violência contra criança e adolescente' é uma subcategoria que passa por muitas transformações internas em relação aos objetos de estudo. Os textos revelam investigações muito mais específicas, focalizando as várias modalidades de violência e acidentes. Do ponto de vista socioepidemiológico, nesse subconjunto, as análises sobre 'meninos e meninas de rua' diminuem, dando lugar a trabalhos sobre 'meninos e meninas infratores(as)' e problemas de envolvimento de crianças e jovens com atividades ilegais. Nos estudos da área médica, os artigos e teses sobre 'acidentes e traumas' passaram a ter muito maior presença, ampliando-se a abrangência dos diagnósticos dos serviços, suas deficiências e necessidades de adequação ao novo momento histórico do país. Isso significa uma mudança de inflexão, pois o campo da medicina, nos períodos anteriores, voltava-se mais para outros assuntos, como as explica-

ções biológicas sobre o fenômeno da violência. O tema dos ‘homicídios’ que, no levantamento até a década de 80, comparecia apenas com um trabalho, teve um aumento considerável no número de estudos e na complexidade da sua abordagem, na década de 90; e os ‘suicídios’, que até então preponderavam como objeto de pesquisa, perderam sua importância relativa. Os trabalhos da área da saúde mental que focalizavam, prioritariamente, no período anterior, relações entre doença mental e violência, tiveram, em boa parte, um deslocamento para análises histórico-culturais-contextuais dessa relação. Diminuiu consideravelmente na década de 90 (a ponto de se tornar residual), o número de textos que explicam a violência por razões biológicas e etológicas.

Do ponto de vista conceitual, é importante enfatizar um movimento visível de superação do discurso ideológico sobre a violência e sua imersão no conjunto de processos e problemas sociais como explicação externa a todas as manifestações dos fenômenos, e a produção de conteúdos sobre assuntos bem delimitados, especificando e aprofundando os objetos de investigação. Nesse rumo, situam-se os esforços para encontrar bases empíricas e analíticas de explicação e compreensão das diferentes classes, formas e modalidades da violência, pela ampliação das perguntas sobre temas específicos, pelo uso variado e combinado de métodos e de abordagens quantitativas, qualitativas e interdisciplinares.

No que concerne às abordagens metodológicas, é fundamental assinalar a importante participação das estratégias de cunho quantitativo e empírico (cerca de 43%), sobretudo advindas dos estudos estatístico-epidemiológicos, seguidos das revisões bibliográficas e ensaios (em torno de 25%). Observa-se uma tendência cada vez mais nítida do uso de triangulação de métodos quantitativos e qualitativos, tanto partindo de estudos epidemiológicos, quanto dos que têm como base análise sociológica ou antropológica (mais ou menos 8%). Completam o total, com cerca de 21% dos textos, os estudos qualitativos que apresentaram várias modalidades compreensivas para o trabalho empírico e teórico: entrevistas em profundidade e semi-estruturadas; técnicas projetivas; observação de grupo; grupos focais. E para análise do material foram usadas abordagens sistêmico-construtivistas; fenomenológica; transacional; de conteúdo; de discurso; e hermenêutica-dialética. As revisões bibliográficas foram realizadas a partir das técnicas de análise de conteúdo e de discurso. Os estudos epidemiológicos, em sua maioria, são descritivos e, com menor frequência, analíticos. Finalmente, em cerca de 3% dos trabalhos não se conseguiu especificar a metodologia utilizada pelos autores.

No entanto, é preciso assinalar também a contraparte desse avanço. Talvez por causa da mesma e notória inflexão da produção intelectual da

década, no sentido de clarificar e precisar melhor os objetos de estudo, os problemas dessa produção ficam mais evidentes. Um dos maiores é o fato de que cerca de metade dos textos não apresenta teorização alguma. Esse é um efeito oposto à 'ideologização' criticada acima. Nos estudos que evidenciam essa ausência, todo o investimento é feito nas abordagens metodológicas, descritivas e classificatórias de dados secundários ou primários, esgotando-se, nesse processo, o fôlego dos pesquisadores. Chamar atenção para esse fato é retomar uma discussão inconclusa e sempre pendente sobre o reducionismo científico, muito comum em diferentes áreas, de que a verdade está nos 'dados' ou 'no uso correto do método'. Essa postura teórica a que denominamos 'a-teórica' leva pesquisadores a produzirem informações cujo campo de contextualização são os próprios resultados, não havendo perguntas e reflexões prévias que as informem. Nesse caso, encontra-se uma boa parte dos trabalhos de cunho epidemiológico que assim reproduzem a crença do 'mito', ou a 'reificação' do método, ou ainda, a 'ilusão de transparência' dos dados.

Outro problema que também parece próprio do momento do crescimento de legitimação da temática como objeto de estudo da área da saúde é a quantidade de repetição dos objetos e de duplicidade de trabalhos, que evidencia a ausência ou o desconhecimento das abordagens já realizadas e publicadas, portanto, dos marcos referenciais já alcançados. Ter acesso a esse acervo anterior seria importante, seja para criticá-lo e retomar seus pressupostos, seja para, a partir deles, avançar na construção do conhecimento. Esse fenômeno de certo paralelismo e de 'redescoberta da roda', característica de parte da produção, pode ter várias explicações, dentre elas, a própria tendência 'a-teórica' já mencionada anteriormente. Mas reflete, também, dificuldades de acesso a fontes de dados, constatada nas visitas que foram realizadas a vários locais onde funcionam programas de pesquisa, assim como a baixa qualidade da informação disponível, exigindo dos investigadores, a realização de estudos para obtê-la. A ausência de financiamento suficiente e a falta de uma rede de socialização do conhecimento já consolidado podem ser outras explicações para os estudos muito restritos aos limites de possibilidades individuais dos próprios pesquisadores. O uso de dados secundários apenas, aliado à utilização de técnicas de pesquisa pouco refinadas, também contribui para a falta de criatividade e para a tendência à repetição, à falta de clareza nas perguntas e no direcionamento à realidade concreta dos espaços onde os estudos são feitos.

Dessa forma, a produção de trabalhos com nível bastante primário de conhecimento acaba sendo fruto e consequência de um 'exercício' sobre o

tema em sua ‘particularização’ e não a arquitetura da ‘singularização’ que faz ler no objeto específico a complexidade da manifestação de um todo em escala muito mais ampliada. Reflete, por outro lado, a elaboração bastante freqüente de ‘estudos de gabinete’ que não incorporam a riqueza das questões que a realidade (pesquisa de campo) traz. Esse problema que se manifesta ora em forma de generalização inapropriada de conclusão de dados específicos, ora na focalização de problemas locais apenas, como se não houvesse contextos e história e neles se esgotasse a verdade, está presente, sobretudo, na produção de teses e monografias.

Ao observar limitações na construção científica do tema ‘violências e acidentes’, poder-se-ia ressaltar uma contradição (os dois lados da moeda) com o que foi dito três parágrafos acima, sobre o aumento do grau de ‘cientificidade’ na apreensão do fenômeno. Na verdade não se trata de uma contradição, mas de um movimento de avanços e recuos como forma de avanço do conhecimento sobre o tema em pauta. A hipótese é de que os problemas aqui assinalados sejam mais gerais, e que sua explicitação pode constituir-se em elemento para melhor equacionamento das questões anteriormente sugeridas.

Por fim, é importante lembrar que, embora tenha havido um crescimento considerável de estudos visando à prevenção e à vigilância de acidentes e violências, a ponto de o número de textos sobre o assunto ocupar o terceiro lugar nesta revisão, ainda falta muito para a apropriação, pelo setor da saúde, das informações geradas pelas pesquisas. Essa aproximação necessária e importante entre teoria e prática, que com certeza evidencia dificuldades tanto dos pesquisadores quanto dos políticos e gestores do setor, certamente será o grande desafio para aqueles que trabalharão com o tema da “Violência” e dos “Acidentes” na próxima década desse novo milênio.

Há algumas observações necessárias sobre o trabalho apresentado e sobre sua relação com o conjunto de textos publicados nesta obra. Primeiro, é que aqui, pelo espaço que isto tomaria, não estão referenciados os 543 textos sobre os quais se trabalhou. Porém, nas análises específicas que compõem este livro, a maioria dos textos e mais alguns, posteriormente ‘garimpados’ pelos autores, serão nomeados. Adicionalmente, encaminha-se o leitor para que aprecie o conjunto dos resumos já bibliograficamente tratados e, inclusive, acrescidos dos que se referem já aos do ano 2001 e 2002 (as obras completas estão ao dispor dos pesquisadores no Núcleo de Informação e Documentação do Claves) na internet, www.claves.fiocruz.br. Considera-se parte do compromisso histórico da Fundação Oswaldo Cruz, por meio desse Centro, disponibilizar todo o

acervo, permitindo aos estudiosos aprofundarem suas investigações e até chegarem a outras conclusões que não as apresentadas nesta “Análise de Tendências”, com a qual se buscou contribuir para a construção do conhecimento e das práticas de prevenção de Acidentes e Violências.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R. & ASSIS, S. G. *Bibliografia comentada da produção intelectual sobre a violência no Brasil até 1990*. Rio de Janeiro: Panorama/Ensp, 1990.

ANÁLISE TEMPORAL DA MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS NO BRASIL: DÉCADAS DE 80 E 90

*Edinilsa Ramos de Souza, Maria Cecília de Souza Minayo,
Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva, Ana Cristina Reis,
Juaci Vitória Malaquias, João Paulo Costa da Veiga,
Nilton Cesar dos Santos, Karina Ferreira Borges
& Cláudio Felipe Ribeiro da Silva*

INTRODUÇÃO

Nas duas últimas décadas do século XX, o crescimento da violência no Brasil vem afetando todos os setores da sociedade. Tal crescimento enseja a discussão de que o país estaria passando por uma nova epidemia social e por um dos mais graves problemas de saúde pública a ser enfrentado. Essa argumentação se fundamenta no número total e nas taxas de óbito, na quantidade, na intensidade e na variedade das formas de violência e na penetração que esse fenômeno passou a ter nos cenários da vida individual e coletiva, na deterioração da qualidade de vida e nas condições de saúde da população, particularmente nas grandes metrópoles.

A evolução da mortalidade por causas violentas no país vem se tornando um fenômeno de alta relevância, pois no início da década de 80 ela ocupava o quarto lugar no perfil das principais causas de óbito, passando ao segundo lugar, a partir de 1989, perdendo apenas para as doenças do aparelho circulatório. Em algumas capitais brasileiras, as violências e os acidentes ocupam o primeiro lugar como causa de morte (Minayo, 1994; Mello Jorge, et al., 1997).

Enquanto as doenças infecciosas e parasitárias incidem sobretudo nas faixas etárias iniciais de vida e as do aparelho circulatório, nos grupos populacionais com idade mais avançada, as causas violentas e os acidentes afetam principalmente adolescentes e adultos jovens. Estudo de Vermelho (1994) mostra, por exemplo, que a evolução da importância da violência e dos acidentes como eventos causadores de lesões e de fatalidades na juventude (dos 15 aos 25 anos), vem se mostrando significativa desde a década de 60. Mas há uma aceleração desse fenômeno a partir da década de 80, ao

longo da qual, além disso, observou-se a disseminação dessas causas entre pessoas cada vez mais jovens (Souza e Minayo, 1995), assim como elevadas taxas na população idosa, especialmente nos grupos do sexo feminino (Minayo e Souza, 1993). A distribuição das mortes violentas, contudo, não é homogênea em nenhum sentido: nem quanto aos grupos etários, nem quanto ao gênero, nem quanto às regiões do país.

Este texto se soma a estudos já efetuados (Mello Jorge, 1994; Souza, 1994; Souza et al., 1997), mostrando que as violências e os acidentes, na realidade brasileira, além de estarem se intensificando, também afetam grupos sociais mais amplos do que outras causas de morte. Sua incidência vem se disseminando entre as diversas idades, sexo e mesmo entre grupos e espaços sociais específicos. Tal fenômeno é visivelmente mais intenso nas áreas urbanas de maior densidade populacional, que acumulam cerca de 75% do total das mortes causadas por acidentes e violências, sendo essas causas as principais responsáveis por anos potenciais de vida perdidos (Reichenheim & Werneck, 1994; Lira & Drumond Junior, 2000).

Em termos regionais, a mortalidade por causas externas no período de 1977 a 1994 apresentava-se da seguinte forma: coeficientes elevados (acima de 100/100.000 habitantes) foram encontrados nos municípios de Rio Branco, Boa Vista e Macapá, na Região Norte; em Aracaju, na Região Nordeste; nos municípios do Rio de Janeiro e de Vitória na Região Sudeste; e no Distrito Federal, na Região Centro-Oeste. Coeficientes baixos (menores que 60/100.000 habitantes) encontram-se em Belém (Região Norte), São Luís e João Pessoa (Região Nordeste). As demais capitais possuem coeficientes de nível intermediário (Mello Jorge et al., 1997).

Os eventos relacionados às violências e aos acidentes podem ser investigados a partir de várias fontes de informações, cada uma delas constituídas de modo a satisfazer às necessidades institucionais nas quais são geradas, e sofrendo diretamente as influências das limitações de sistemas de notificação difíceis de serem compatibilizados. Desse modo, ainda existem resultados de investigações totalmente divergentes e, dependendo da fonte consultada, encontram-se distorções, erros interpretativos e, conseqüentemente, pouca informação estratégica para tomada de decisões (Souza et al., 1996).

Neste estudo, foram selecionadas como unidade de análise o Brasil como um todo, as macrorregiões (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste), as unidades da Federação e as capitais de Regiões Metropolitanas (Belém, Natal, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Vitória, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre). Os dados sobre o número de óbitos de residentes para o período de 1980 a 1998 foram extraídos

do CD-ROM do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) fornecido pelo DATASUS/MS, edição de 30 de setembro de 2000. Sabe-se que a cobertura do SIM não é uniforme, sendo melhor nas regiões Sul e Sudeste do país, onde mais de 80% dos municípios informam regularmente os óbitos registrados, enquanto nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste essa proporção fica em torno dos 60% (Ministério da Saúde, 1998). De maneira geral, a qualidade dos dados oriundos do SIM pode ser considerada boa, tanto em termos de cobertura do sistema, quanto em relação à precisão da causa básica do óbito, nas áreas urbanas das regiões Sul e Sudeste. Já os dados das demais regiões devem ser vistos com maior cautela, dependendo do nível de agregação territorial (melhor qualidade é encontrada nas capitais do que nas cidades do interior).

Os dados populacionais para os anos de 1981 a 1990 e de 1992 a 1999 foram obtidos segundo método de estimação geométrica, utilizando-se como anos base as populações residentes nas áreas selecionadas dos Censos Demográficos de 1980 e 1991 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Para a causa básica do óbito adotou-se a 9ª Classificação Internacional de Doenças (CID9), para as mortes registradas entre 1980 e 1995, e a 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID10), para as mortes registradas de 1996 a 1998. Na 9ª revisão da CID, o grupo das causas externas abrange os códigos E800 a E999 do capítulo suplementar e na 10ª revisão assumem os códigos V01 – Y98.

No quadro 1, apresenta-se a correspondência entre os códigos das CID 9 e CID 10 para os agrupamentos de causas externas específicas. Adotou-se na apresentação dos resultados a nomenclatura pertinente à CID9.

Quadro 1 - Correspondência de códigos entre a CID9 e CID10 para as causas externas específicas.

CID9		CID10	
Nomenclatura	Código	Nomenclatura	Código
Acidentes de transporte	8000-848x	Acidentes de transporte	V01-V99
Intoxicação por drogas, medicamentos e subst. Biológicas	8500-8589,	Envenenamento aciden por e exposi a subst nocivas	X40-X44
Intoxicação por subst. sólidas, líquidas, gases e vapores	8600-8699	Envenenamento aciden por e exposi a subst nocivas	X45-X49
Aciden por prestação de cuidados médicos/cirurg	8700-8769	Aciden por prestação de cuidados médicos/cirurg	Y60-Y69
Complic tardia causadas por proced. Cirurg/médico, sem menção de tempo	8780-8799	Complic tardias causadas por proced. cirurg/médico, sem menção de tempo e Incidentes adversos associados ao uso de dispositivos	Y83-Y84 Y70-Y82
Quedas acidentais	8800-888x	Quedas	W00-W19
Acidentes pelo fogo e chamas	8900-899x	Exposição ao fumo, ao fogo e às chamas	X00-X09,
Acidentes por fatores naturais e ambientais	9000-909x	Contato c/ animais e plantas venenosas; Exposi as forças da natureza; Viagens e privações; Exposi as forças mecânicas animadas; Exposi a temperaturas e pressões extremas	X20-X29, X30-X39, X51, X53, X54, X57 W53-W64, W92-W94, W99,
Submersão, sufocação e corpos estranhos	9100-915x	Afogamento e submersão acidentais e Outros riscos acidentais à respiração	W65-W74, W75-W84
Outros acidentes	916x-9289	Exposi a forças mecânicas inanimadas, Exposi a forças mecânicas animadas; Exposi a corrente elétrica e radiação, Contato com fonte de calor, Excesso de esforço, Exposi a fatores não especificados	W20-W49, W50-W52, W85-W91, X10-X19, X50, X52, X58, X59
Efeitos tardios de lesões acidentais, de suicídio, de homicídio, de interven legal, de lesões ign. se acid/intenc, de operações de guerra	9290-9299, 959x, 969x, 977x, 989x, 999x	Seqüelas de causas externas de morbidade e mortalidade	Y85-Y89
Efeitos adversos de drogas e medicamentos	9300-9499	Efeitos adversos de drogas e medicamentos	Y40-Y59
Suicídios e lesões auto-infligidas	9500-9589	Lesões autoprovocadas voluntariamente	X60-X84
Homicídios e lesões provocadas intencionalmente	9600-9689	Agressões	X85-Y09
Intervenções legais	970x-976x, 978x	Intervenções legais	Y35
Lesões em que se ignora se acidental ou intencionalmente infligidas	9800-9889	Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	Y10-Y34
Operações de guerra	9900-999x	Operações de guerra	Y36

A ‘análise descritiva’ dos dados foi realizada usando-se proporções e taxas de mortalidade por 100.000 habitantes em relação aos grandes grupos de causas, por causas externas em conjunto e por subgrupos específicos, segundo os sexos e faixas etárias. Destaca-se a mortalidade por acidentes de transporte e por homicídio, segundo sexo e faixas etárias. A razão de sobremortalidade masculina também foi calculada.

A ‘análise de séries temporais’ foi feita utilizando-se as taxas de mortalidade por causas externas para o Brasil e 11 Capitais de Regiões Metropolitanas (Belém, Natal, Fortaleza, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Vitória, Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre), no período de 1980 a 1998. O objetivo dessa análise era o de ajustar um modelo de previsões, além de observar tendência e/ou sazonalidade nas séries. Seguiu-se o procedimento iterativo da construção de modelos ARIMA proposto por Box e Jenkins (Box et al. 1994; Montgomery, 1990; Mabert, 1975), que utiliza a função de autocorrelação da variável original (descritora da relação entre observações interdependentes em uma série temporal). Esta técnica consiste de três estágios: identificação, estimação e diagnóstico.

Através da função de autocorrelação da variável original, verificou-se a necessidade de suavizar a série, com pelo menos uma diferença, de forma a tentar torná-la estacionária, nos Municípios de Belém, Fortaleza, Natal, Recife, Salvador, Belo Horizonte e Vitória. Com a aplicação da primeira diferença em Z_t (dados originais), conseguiu-se eliminar o efeito de tendência. No Brasil e nos Municípios de Curitiba, Rio de Janeiro e Porto Alegre, após a aplicação da primeira diferença, verificou-se a presença de sazonalidade na série. Foi, então, tomada a diferença na parte sazonal e conseguiu-se tornar as séries estacionárias, deixando-as próprias para a continuação da análise. Tomadas as diferenças na variável original, foram analisados os comportamentos das funções de autocorrelação e autocorrelação parcial, para posterior comparação com os modelos teóricos.

Com o auxílio do *software* R versão 1.1.0, foram estimados modelos ARIMA (p,d,q), para as séries em que não foram observados efeitos sazonais, e SARIMA (p,d,q) (P,D,Q)₁₂, nas séries em que foram observados efeitos sazonais, de forma a identificar o melhor modelo cujos critérios de p, P, q e Q variaram de 0 a 2 e, d e D variaram de 0 a 1.

Realizou-se o diagnóstico dos modelos analisando-se as significâncias estatísticas dos coeficientes (p-valor inferior a 5%), a estatística D (deviância) e os resíduos. Considerou-se também o Akaike Information Criterion (AIC) que leva em conta os ajustes do modelo, a série observada e o número de parâmetros usados no ajuste. Para investigar diferenças estatisticamente significativas nas taxas de mortalidade por causas externas entre os sexos

foi utilizado o Teste t. Essa técnica é indicada quando se deseja comparar duas médias amostrais, para verificar se as mesmas são estatisticamente iguais ou diferentes (Berquó et al., 1981; Larson, 1982).

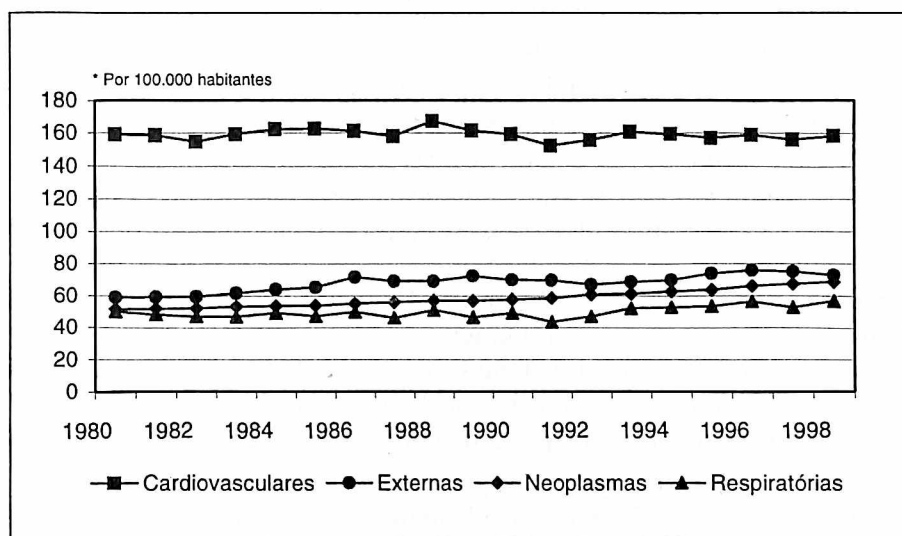
Foi utilizada a técnica de Análise de Variância para observar diferenças estatisticamente significativas entre as taxas de mortalidade por causas externas das localidades estudadas (Brasil e as onze capitais de regiões metropolitanas). Essa técnica é indicada quando se deseja comparar três ou mais médias amostrais, para verificar se as mesmas são estatisticamente diferentes. Foi utilizado o teste de Scheffé para identificar, duas a duas, quais eram as médias estatisticamente diferentes (Berquó et al., 1981; Bussab, 1986; Larson, 1982).

AS TENDÊNCIAS DA MORTALIDADE POR CAUSAS EXTERNAS NO BRASIL

No gráfico 1, apresentam-se as taxas de mortalidade no Brasil, segundo os principais grupos de causas. Nos dezenove anos que compõem essa série, as doenças do aparelho circulatório, as causas externas, as doenças neoplásicas e doenças do aparelho respiratório são as principais causas de morte. Nesse período, as violências e os acidentes tiveram um incremento de 23%, ao passar de 59 óbitos/100.000 habitantes, em 1980, para 73 óbitos/100.000 habitantes, ao final da década de 90.

Dentre os países das Américas, em 1995, o Brasil possuía taxa de mortalidade por causas externas (70/100.00 habitantes) comparável às da Venezuela (69,9/100.000 habitantes) e Uruguai (70,3/100.000 habitantes) e 66% maior do que as do Canadá (46,5/100.00 habitantes) (OPS, 1998). Estudo de tendências realizado por Yunes e Rajs (1994) sobre as regiões das Américas, entre 1979 e 1990, evidenciou que somente três países (Brasil, Colômbia e Cuba) apresentavam clara tendência de crescimento da mortalidade por causas externas em todos os grupos etários.

Gráfico 1 - Taxas* de mortalidade segundo os principais grupos de causas, Brasil - 1980 a 1998.



Em termos proporcionais, os dados mostram com clareza a grande importância das causas externas na atual configuração do padrão de mortalidade brasileiro. Elas são responsáveis por 15% do total de óbitos, cujas proporções só são superadas pelas doenças cardiovasculares (32%). É importante lembrar que os acidentes e as violências vitimam intensamente grupos etários mais jovens, enquanto as doenças cardiovasculares, grupos etários mais idosos.

A magnitude da mortalidade por causas externas também pode ser medida pelo indicador “anos potenciais de vida perdidos” (APVP) por um grupo populacional, por causa de uma determinada doença ou agravamento à saúde. Esse tipo de medida permite avaliar a importância da mortalidade prematura como expressão do valor social da morte (Reichenheim & Werneck, 1994). No Brasil, em 1997, os homicídios (13,4%) e os acidentes de transporte (10,6%) ocuparam as primeiras posições entre as causas de APVP, em seguida vieram as enfermidades cérebro-vasculares, as doenças isquêmicas do coração e a Aids (Lira & Drumond Junior, 2000).

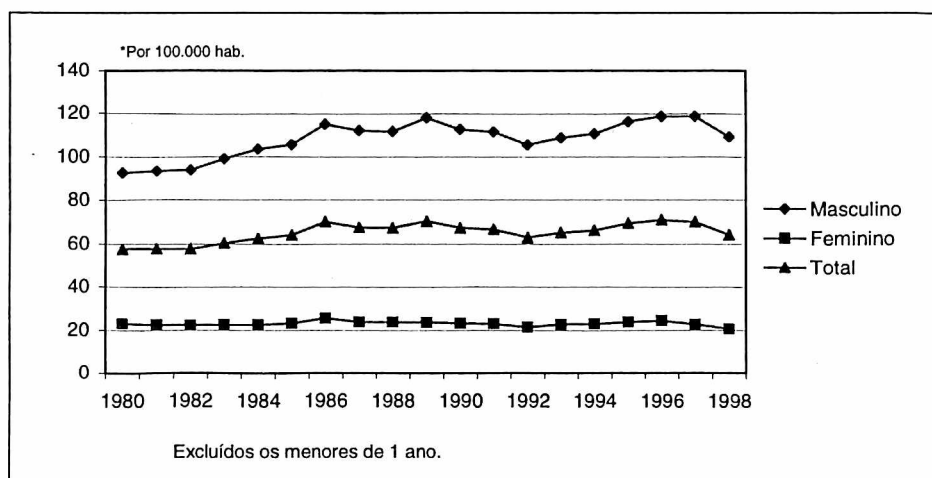
O gráfico 2, mostra a evolução das taxas de mortalidade por causas externas para o total da população segundo os sexos. A curva das taxas de mortalidade é crescente, com variação de 12% entre os anos extremos.

Esse comportamento evolutivo é diferenciado entre homens e mulheres. Na população masculina, houve crescimento de 18% (passando de 92,51 para 109,26 por 100.000 habitantes), ao passo que na população feminina houve redução de 10% da mortalidade por essas causas, passando de 22,92 para 20,59 por 100.000 habitantes.

A elevada sobremortalidade masculina por violências e acidentes é destacada em quase todos os países. Segundo dados divulgados pela OPAS (1998), para o ano de 1994, pode-se dizer que as diferenças mais acentuadas encontram-se nos países que compõem a área Andina (5,6 – Colômbia, Equador, Peru e Venezuela), no Brasil (4,7) e no México (4,3). A menor razão encontra-se na América do Norte (2,4 – Estados Unidos e Canadá) e em países do Cone Sul (3,0 – Argentina, Chile, Paraguai e Uruguai). Também na África e na Europa os homens apresentam as mais altas taxas de mortalidade relacionadas a acidentes e violências. E no total, as taxas mundiais de mortalidade masculina por acidentes de trânsito e homicídios são quase três vezes maiores do que as de mulheres (WHO, 2002).

No mundo, cinco milhões de pessoas morreram por causas externas em 2000, e, desse total, a mortalidade masculina foi duas vezes mais elevada que a feminina. Em algumas regiões, entretanto, as taxas de óbitos por suicídio e queimaduras em mulheres são mais altas do que nos homens. Esse é o caso da China, onde as taxas de suicídio feminino são duas vezes mais elevadas do que as masculinas.

Gráfico 2 - Taxas* de mortalidade por causas externas segundo os sexos, Brasil – 1980 a 1998.



A tabela 1 apresenta a mortalidade proporcional por causas externas segundo faixas etárias, em anos selecionados. Chama a atenção o paulatino crescimento das proporções em todas as faixas etárias mais jovens. Em 1998, elas já eram responsáveis por quase 25% das mortes na faixa etária de 1 a 9 anos. Nesse grupo etário, as causas externas duplicaram sua importância de 1980 para 1998. Ressalta-se que nos grupos de 10 a 19 anos e de 20 a 29 anos as causas externas são hoje responsáveis por quase 70% de todos os óbitos.

Tabela 1 - Distribuição proporcional das causas externas em relação à mortalidade geral, segundo faixas etárias, Brasil – 1980, 1985, 1990, 1995 e 1998.

Faixas Etárias	1980 (%)	1985 (%)	1990 (%)	1995 (%)	1998 (%)
1 a 9	12,3	17,3	20,7	24,2	24,9
10 a 19	47,2	53,1	59,1	61,9	68,8
20 a 29	49,2	55,7	58,9	58,6	68,5
30 a 39	29,0	33,0	35,6	35,2	40,8
40 a 49	15,4	16,3	17,6	18,5	20,5
50 a 59	7,7	7,7	8,1	8,5	9,4
60 e mais	2,7	2,6	2,6	2,7	3,0

Excluídos os menores de 1 ano e idade ignorada.

Na tabela 2, observa-se a distribuição da mortalidade por causas externas de acordo com os sexos e faixas etárias no ano de 1998. Quando se leva em consideração o total desses óbitos, verifica-se que as principais vítimas são homens (83,6%), principalmente, adultos jovens com idade entre 20 e 39 anos (43,7%). A sobremortalidade masculina é de 5/1 na população como um todo. Ou seja, cada 5 óbitos masculinos corresponde a 1 óbito feminino. Quando se analisa essa sobremortalidade masculina por grupos de idade, os riscos mais elevados se encontram entre a população de 20 a 29 anos e a de 30 a 39 anos: 9:1 e 8:1, respectivamente.

Tabela 2 - Distribuição do número,¹ proporção e taxas² de mortalidade por causas externas segundo os sexos e faixas etárias, Brasil – 1998.

Faixas Etárias	Masculino			Feminino			Total			Razão
	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa	Nº	%	Taxa	M/F
1 a 9	2.653	2,3	15,91	1.576	1,4	9,76	4.229	3,7	12,88	2
10 a 19	13.272	11,8	75,54	2.850	2,5	16,34	16.122	14,3	46,05	5
20 a 29	28.968	25,6	195,75	3.350	3,0	21,89	32.318	28,6	107,35	9
30 a 39	20.394	18,1	162,23	2.773	2,5	20,66	23.167	20,5	89,44	8
40 a 49	13.059	11,6	159,56	2.026	1,8	23,56	15.085	13,4	89,88	7
50 a 59	7.346	6,5	139,80	1.497	1,3	25,77	8.843	7,8	79,96	5
60 e mais	8.757	7,8	141,30	4.415	3,9	58,70	13.172	11,7	96,05	2
TOTAL	94.449	83,6	114,73	18.487	16,4	21,73	112.936	100,0	67,46	5

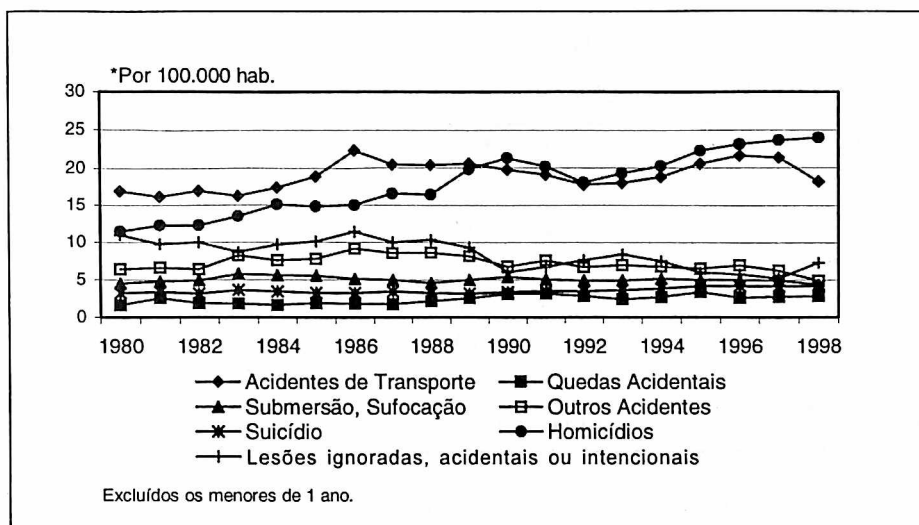
¹ Excluídos os menores de 1 ano e óbitos sem definição de sexo e idade.

² Taxa por 100.000 habitantes.

O gráfico 3 apresenta as taxas de mortalidade por causas externas específicas. Os acidentes de transporte e os homicídios predominam dentre os demais eventos, ao longo dos anos analisados. Vale ressaltar que as mortes por homicídio tiveram elevado crescimento no período (109%), superando, a partir dos anos 90, as mortes por acidentes de transporte, que no conjunto da classificação ocupavam o primeiro lugar. Em números absolutos, as vítimas de homicídios passaram de 13.601 pessoas no início da década de 80 (taxa de 12/100.000 hab.) para 40.231 pessoas, em 1998 (taxa de 24/100.000 hab.). Em sentido oposto, as lesões cuja causa é ignorada, se acidental ou intencionalmente infligidas, tiveram uma queda de 33%. Esse fato indica uma melhoria no esclarecimento da causa externa como causa básica de óbito.

É fundamental ressaltar que a melhoria da qualidade das informações pode ter contribuído para o aumento de registros de mortes por homicídios. Isso levaria a concluir que o crescimento real do número de homicídios tenha sido menor do que os dados indicam.

Gráfico 3 - Taxas* de mortalidade por causas externas específicas, Brasil – 1980 a 1998.



Analisando a mortalidade proporcional por causas externas específicas, no ano de 1998, nota-se, mais uma vez, a grande importância dos homicídios (35,6%) e dos acidentes de transporte (26,9%) no total dos óbitos. A proporção atual dos atribuídos às “lesões cuja causa se ignora, se acidental ou intencionalmente infligidas” (10,8%) pode ser considerada razoável. Entretanto, os problemas de qualidade da informação variam consideravelmente entre as Unidades da Federação e nas diferentes capitais do país.

Na tabela 3, apresenta-se a distribuição das causas externas específicas segundo os sexos. O homicídio é a principal causa (dentre as externas) de morte masculina com uma taxa de 44,82 óbitos/100.000 homens, entre as mulheres representa a segunda, com uma taxa de 3,9 óbitos/100.000 mulheres. Ou seja, há uma sobremortalidade masculina de 12/1. Embora o acidente de transporte represente a principal causa externa de morte feminina, com uma taxa de 7 óbitos/100.000 mulheres, há uma sobremortalidade masculina 4 vezes mais elevada, por essa causa (29,38 óbitos/100.000 homens).

Tabela 3 - Distribuição do número de óbitos, taxas de mortalidade e por causas externas específicas segundo os sexos, Brasil – 1998.

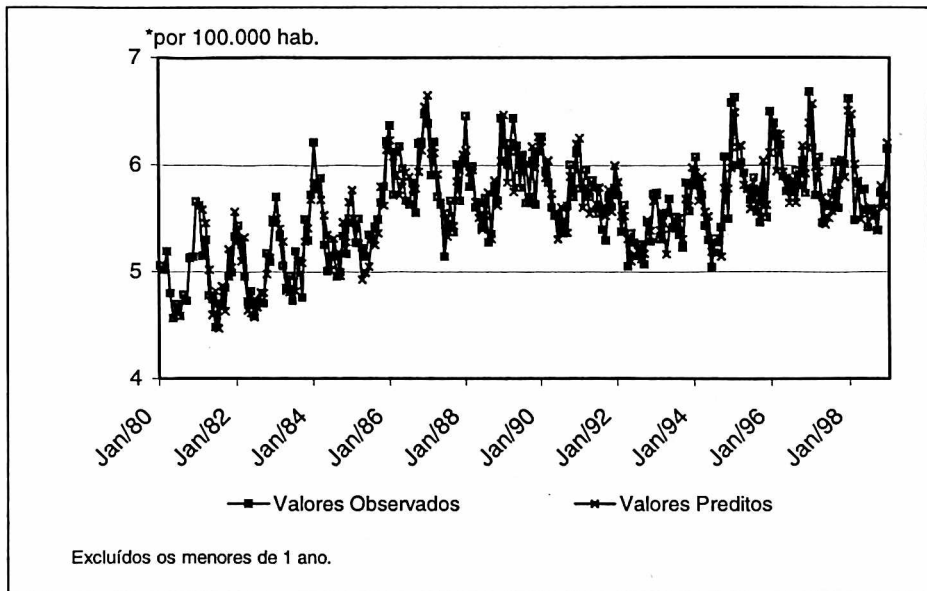
Causas Específicas	Masculino		Feminino		Total		Razão
	Nº	Taxa	Nº	Taxa	Nº	Taxa	M/F
Acidentes de Transporte	24.186	29,38	6.210	7,30	30396	18,16	4
Quedas Acidentais	3.406	4,14	1.327	1,56	4733	2,83	3
Submersão, Sufocação	6.035	7,33	1.313	1,54	7348	4,39	5
Outros Acidentes	6.479	7,87	1.594	1,87	8073	4,82	4
Suicídios	5.476	6,65	1.445	1,70	6921	4,13	4
Homicídios	36.895	44,82	3.315	3,90	40210	24,02	12
Lesões Ign acid ou Intenc	10.135	12,31	2.055	2,42	12190	7,28	5
Total	94.449	114,73	18.487	21,73	112936	67,46	5

¹ Excluídos os menores de 1 ano.² Taxa por 100.000 habitantes.

Também através do *Teste t* foi observado que o sexo masculino alcança taxas de mortalidade por causas externas estatisticamente maiores do que as mulheres. A análise mensal dos óbitos mostrou que o modelo mais apropriado, dentre os testados para a mortalidade por causas externas no Brasil, foi o SARIMA (2,1,0)(1,1,1)₁₂. Este modelo revelou tendência crescente da mortalidade por causas externas e sazonalidade na série, com picos nos meses de dezembro e janeiro.

No gráfico 4, pode-se observar o comportamento da série estudada. Nele estão representadas as taxas analisadas e as taxas preditas (estimadas pelo modelo).

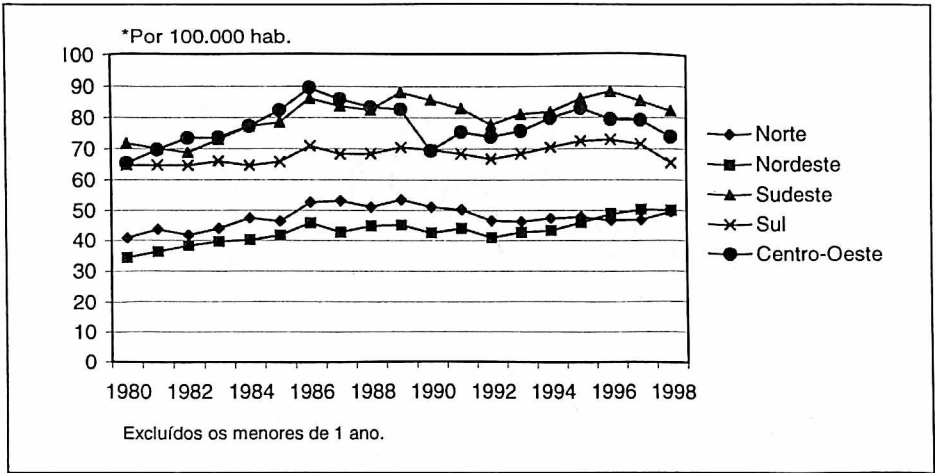
Gráfico 4 - Taxas* de mortalidade por causas externas segundo valores observados e preditos, Brasil – 1980 a 1998.



TENDÊNCIAS DA MORTALIDADE POR MACRORREGIÕES

No gráfico 5, observa-se a evolução das taxas de mortalidade por causas externas segundo Macrorregiões do Brasil, ao longo das décadas de 80 e 90. Embora as taxas mais elevadas encontrem-se nas regiões Sudeste e Centro-Oeste, é nas regiões Nordeste, Sudeste e Sul que o crescimento nesse período se mostra estatisticamente significativo ($p < 0,05$).

Gráfico 5 - Taxas* de mortalidade por causas externas segundo Macrorregiões do Brasil – 1980 a 1998.



As taxas de mortalidade por causas externas foram analisadas de acordo com os sexos, levando-se em consideração apenas os anos extremos de 1980 e 1998. Nas regiões Norte e Nordeste, as taxas de mortalidade masculina, em 1998, foram 60% e 70%, respectivamente, maiores do que as taxas de mortalidade observadas em 1980. Já as taxas de mortalidade feminina das regiões Sudeste e Sul mostram-se bastante semelhantes entre os anos extremos. Na região Norte, em 1998, essa taxa foi 40% maior do que a taxa feminina de 1980 (Tabela 4).

Tabela 4 - Taxas de mortalidade por causas externas segundo os sexos e Macrorregiões, Brasil – 1980 e 1998.

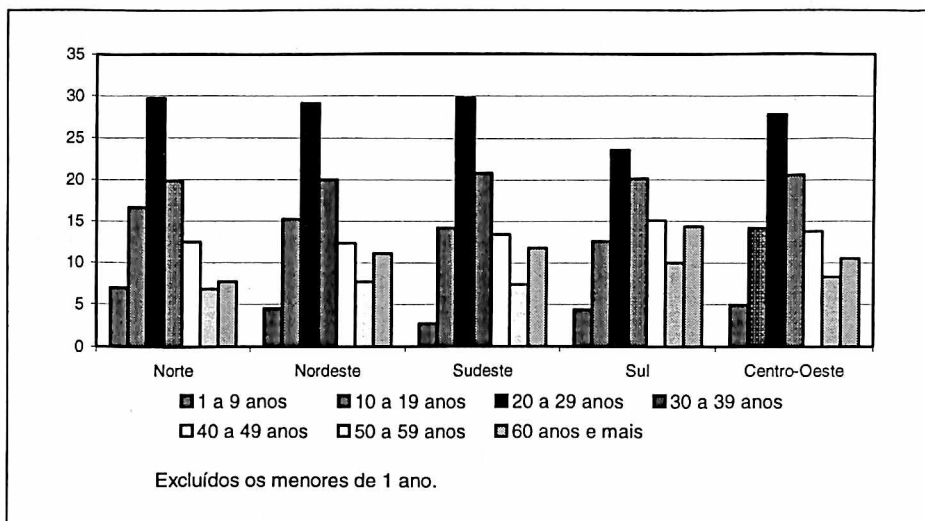
Macrorregião	Masculino		Feminino	
	1980	1998	1980	1998
Norte	65,60	101,83	15,08	21,00
Nordeste	55,50	94,58	13,98	16,79
Sudeste	115,54	152,96	28,09	27,59
Sul	102,62	115,03	26,50	26,55
Centro-Oeste	101,38	138,30	27,72	30,19

¹ Taxas por 100.000 habitantes.

² Excluídos os menores de 1 ano.

No gráfico 6, apresenta-se a distribuição proporcional das causas externas segundo as faixas etárias para o ano de 1998. Em todas as regiões, as causas externas concentram-se nas faixas etárias de 20 a 29 anos e 30 a 39 anos. A região Norte, se comparada às demais, apresentou as mais elevadas proporções de mortes por causas externas na faixa etária de 1 a 9 anos. Do mesmo modo, observa-se na região Sul maior proporção de óbitos nos grupos etários acima de 40 anos.

Gráfico 6 - Mortalidade proporcional por causas externas segundo as faixas etárias, Macrorregiões do Brasil – 1998.



Na tabela 5, apresenta-se a distribuição das causas externas específicas segundo as Macrorregiões, no ano de 1998. Pode-se, repetidamente, perceber o peso dos subgrupos acidentes de transporte e homicídios. Estes últimos são responsáveis por uma parcela importante das mortes em todas as regiões, com exceção do Sul, onde, entre as causas externas, os acidentes de transporte ocupam o primeiro lugar (37,2%). Entretanto, merece destaque o elevado percentual de mortes por suicídio nessa região (13,4%), o que difere de todo o restante do país. Ressalta-se ainda, positivamente, que nessa região os dados estatísticos apresentam melhor qualidade que nas outras, o que fica evidenciado nos baixos percentuais de “lesões cujas causas são ignoradas, se acidental ou intencionalmente infligidas” (6,5%).

Tabela 5 - Mortalidade proporcional por causas externas específicas segundo Macrorregiões do Brasil – 1998.

Causas específicas	Norte		Nordeste		Sudeste		Sul		Centro-Oeste	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Acidentes de Transporte	1884	29,3	6006	25,0	13967	24,1	5927	37,2	2642	31,0
Quedas Acidentais	214	3,3	743	3,1	2785	4,8	759	4,8	233	2,7
Submersão, Sufocação	568	8,8	1438	6,0	3464	6,0	1351	8,5	533	6,3
Outros Acidentes	523	8,1	2570	10,7	3665	6,3	770	4,8	550	6,5
Suicídio	401	6,2	1041	4,3	2819	4,9	2138	13,4	529	6,2
Homicídios	2261	35,2	8298	34,5	23470	40,4	3481	21,8	2721	31,9
Lesões Ign. Acid./Intenc.	406	6,3	3103	12,9	6559	11,3	1038	6,5	1097	12,9
Demais Causas	165	2,6	870	3,6	1334	2,3	477	3,0	220	2,6
Total	6422	100,0	24069	100,0	58063	100,0	15941	100,0	8525	100,0

Excluídos os menores de 1 ano.

A região Sudeste apresenta a maior taxa de mortalidade por homicídio (33 óbitos/100.000 hab.); o Sul e o Centro-Oeste expõem um maior risco de mortes para os acidentes de transporte. Nota-se, também, que a região Sul evidencia elevada taxa de mortalidade por suicídio (9 óbitos/100.000 hab.), enquanto nas outras áreas o risco é inferior a 5 óbitos/100.000 habitantes). Os resultados apresentados na tabela 5, ainda uma vez mais, mostram que, em todas as regiões do país, a violência do trânsito e os homicídios são os dois principais problemas que demandam medidas preventivas. Especificamente, na região Sul, os suicídios merecem atenção especial.

Com o objetivo de melhor detalhar a análise, mostra-se a evolução das taxas de mortalidade por acidentes de transporte e homicídios nos gráficos 7 e 8. As taxas de mortalidade por acidentes de transporte nas regiões Nordeste, Sul e Centro-Oeste apresentaram crescimento estatisticamente significativo ($p < 0,05$). Somente a região Norte apresentou redução estatisticamente significativa das taxas. Os homicídios evidenciam crescimento estatisticamente significativo ($p < 0,05$) das taxas em todas as regiões. A variação desse crescimento, em termos percentuais, nos anos extremos pesquisados foi de: 122% na região Sudeste; 112% no Nordeste; 95% no Norte; 90% no Centro-Oeste; e 63% no Sul.

Gráfico 7 - Taxas* de mortalidade por acidentes de transporte, Macrorregiões do Brasil – 1980 a 1998.

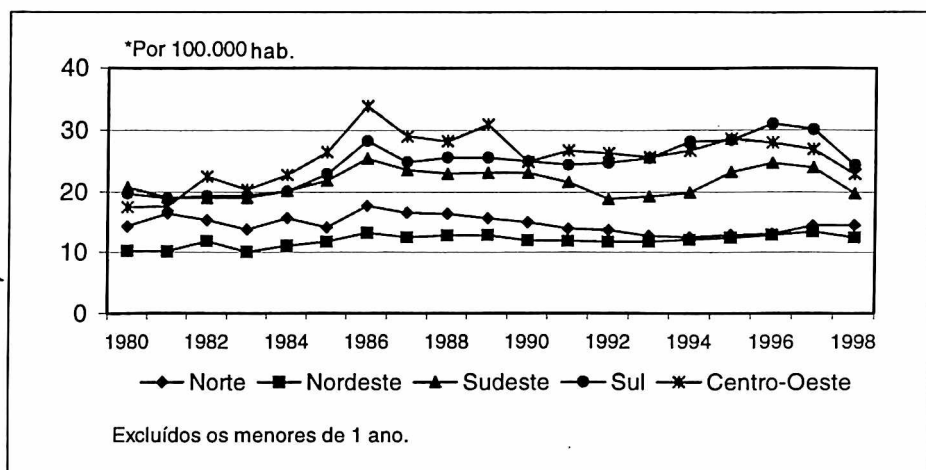
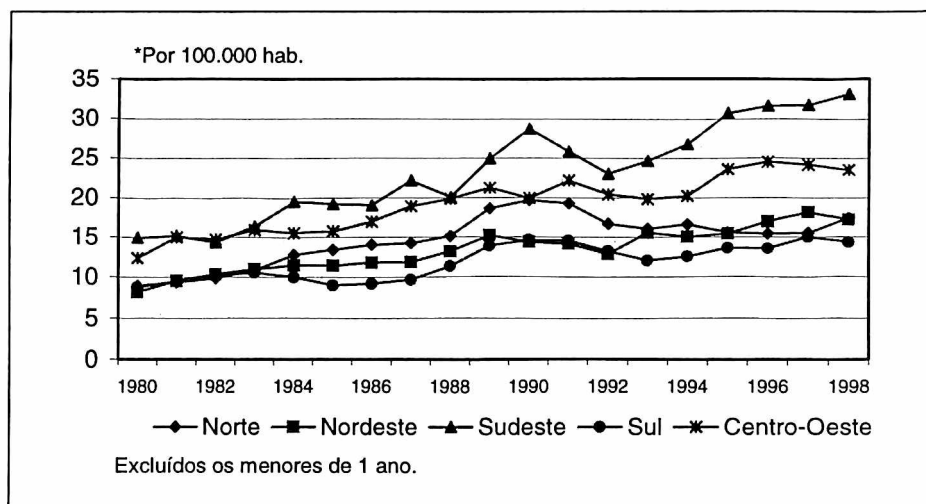


Gráfico 8 - Taxas* de mortalidade por homicídios, Macrorregiões do Brasil – 1980 a 1998.

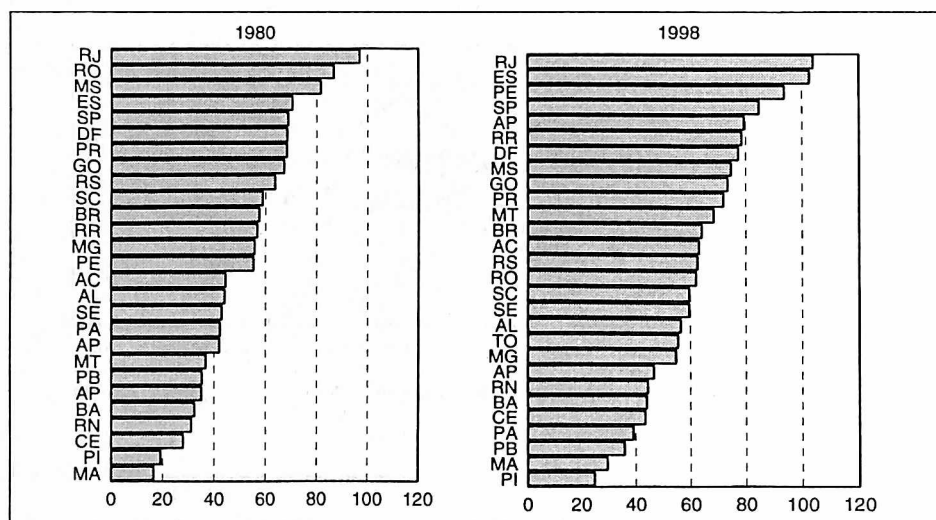


TENDÊNCIAS E EVOLUÇÃO DOS ACIDENTES E VIOLÊNCIAS NOS ESTADOS BRASILEIROS

O comportamento das taxas de mortalidade por causas externas nas Unidades da Federação evidencia um padrão bastante heterogêneo. No Estado do Rio de Janeiro, o crescimento da mortalidade por essas causas foi dos menos expressivos (7,3%). Na verdade, desde 1980, o Rio de Janeiro apresenta uma das mais elevadas taxas de óbitos por causas externas (97/100.000 hab.), havendo um ligeiro crescimento quantitativo até 1998 (102/100.000 hab.). O Estado de Rondônia revelou comportamento inverso. Pois, evidenciando taxas bastante elevadas (87/100.000 hab.) em 1980, apresentou redução de 29%, em 1998 (62/100.000 hab.). Já os Estados do Amapá, Tocantins, Maranhão, Ceará, Pernambuco, Espírito Santo e Mato Grosso mostram elevação expressiva das taxas variando entre 46% (Espírito Santo) a 127% (Amapá) (Gráfico 9).

É importante destacar que os Estados de São Paulo, Pernambuco, Espírito Santo e Rio de Janeiro, áreas onde a partir da década de 80 se acentuaram os conflitos em decorrência do tráfico de drogas, as taxas de mortalidade por causas externas são muito elevadas (acima de 80/100.000 hab.).

Gráfico 9 - Taxas por causas externas segundo Unidades da Federação, Brasil - 1980 a 1998.



¹ Excluídos os menores de 1 ano.

² Taxas por 100.000 habitantes.

Assim como no caso do Brasil como um todo, a distribuição das causas externas por Unidades da Federação segundo os sexos, no ano de 1998, mostra taxas expressivamente mais elevadas para o sexo masculino, sobretudo nos Estados do Rio de Janeiro (184/100.000 homens), Espírito Santo (174/100.000 homens) e Pernambuco (169/100.000 homens), seguidas, de perto, por São Paulo (149/100.000 homens) e o Amapá (132/100.000 homens). Entre os Estados, essa relação variou de 4:1 a 6:1, com exceção de Pernambuco, onde foi maior: 7:1 e o Distrito Federal, onde foi menor: 2:1. Destaca-se ainda que o padrão feminino de mortalidade por essas causas pode ser considerado mais homogêneo, com taxas distribuídas de forma semelhante nas diversas Unidades da Federação.

Detalhando mais a análise, focalizaram-se as duas principais causas específicas – acidentes de transporte e homicídios. Em 1998, as mais elevadas taxas de mortalidade por acidentes de transporte encontram-se em Roraima (31/100.000 hab.), Paraná (29/100.000 hab.) e Santa Catarina (27/100.000 hab.) e as menores, no Maranhão (8/100.000 hab.) e na Bahia (7/100.000 hab.). Em relação aos homicídios, observam-se taxas elevadíssimas nos estados de Pernambuco (56/100.000 hab.), Espírito Santo (54/100.000 hab.) e Rio de Janeiro (49/100.000 hab.) e as menores estão em Santa Catarina (7/100.000 hab.), Maranhão (5/100.000 hab.) e Piauí (5/100.000 hab.).

PERFIL DAS MORTES POR CAUSAS EXTERNAS NAS PRINCIPAIS CAPITAIS BRASILEIRAS

Os gráficos 10 e 11 mostram a evolução da mortalidade por causas externas entre os anos de 1980 a 1998 nas principais capitais brasileiras. A maioria delas apresenta redução nas taxas, com algumas exceções: Recife, Vitória e São Paulo que apresentaram crescimento de 60%, 22% e 16%, respectivamente. Os dados de 1998 revelam que, dentre as principais capitais, as maiores taxas encontram-se em Recife (118,30/100.000 hab.), Vitória (108,40/100.000 hab.) e Rio de Janeiro (102,82/100.000 hab.).

Gráfico 10 - Taxas* de mortalidade por causas externas segundo as principais capitais das regiões Norte e Nordeste – 1980 a 1998.

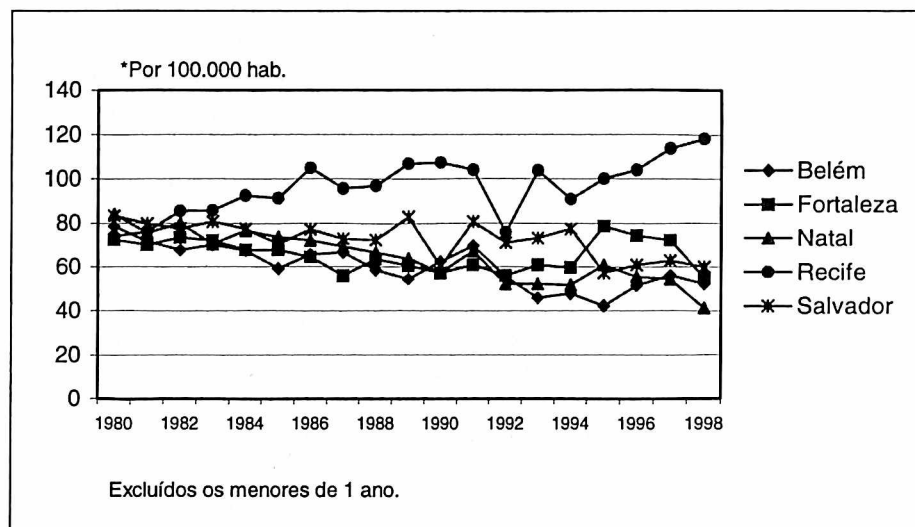
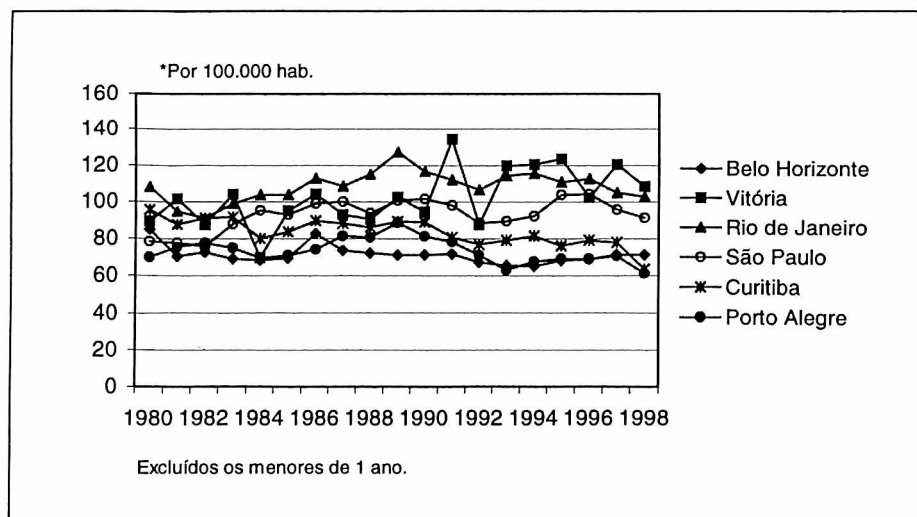


Gráfico 11 - Taxas* de mortalidade por causas externas segundo as principais capitais das regiões Sul e Sudeste – 1980 a 1998.



A análise mensal dos óbitos mostrou que o modelo mais apropriado, dentre os testados para a mortalidade por causas externas nos municípios de Belém, Fortaleza e Recife, foi o ARIMA (0,1,1). Este modelo revelou tendências decrescentes nas séries históricas de Belém e Fortaleza, e crescente em Recife. Para os municípios de Natal, Salvador e Curitiba, a análise mensal dos óbitos mostrou que o modelo mais apropriado, dentre os testados para a mortalidade por causas externas foi o ARIMA (1,1,1), que mostrou tendência decrescente nas séries históricas de Natal e Curitiba, enquanto para Salvador apresentou tendência crescente.

O modelo mais apropriado para os municípios de Belo Horizonte e Vitória foi o ARIMA (2,1,1), que evidenciou, para essas localidades, tendência crescente nas séries históricas da mortalidade por causas externas. Finalmente, para os municípios do Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, o modelo mais apropriado foi o SARIMA (0,1,1)(0,1,1)₁₂, o qual revelou tendência crescente e sazonalidade na série.

Como uma tendência que se repete do nível macro ao micro, para todas as capitais estudadas foram observadas, através do *Teste t*, diferenças estatisticamente significativas nas taxas de mortalidade por causas externas entre os sexos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mortalidade por causas externas, em 1998, representava 15% de toda a mortalidade brasileira, com tendência estatisticamente crescente em suas taxas. Para o país, o sexo masculino, com crescimento de 18% nas taxas no período estudado, responde por 83,6% das mortes por causas externas, com sobremortalidade de cinco óbitos para cada morte feminina. Tal padrão se repete em todas as macrorregiões do país e nas onze capitais aqui investigadas. Essa tendência de mais elevada mortalidade de homens se acentua quando se consideram as faixas etárias de 20 aos 29 anos e de 30 aos 39 anos de idade, quando a relação é de 9 e 8 mortes do sexo masculino, respectivamente, para cada óbito feminino. A desvantagem para os homens também é constante em todas as macrorregiões, e tem uma significância estatística mais elevada ainda nos estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo e São Paulo.

É importante salientar que as causas externas assumem considerável magnitude logo após o primeiro ano de vida, perfazendo 25% das mortes de crianças na faixa de 1 aos 9 anos. Dos 10 aos 19 anos e dos 20 aos 29 anos, elas representam quase 70% de todos os óbitos. Deve-se destacar que

o crescimento das causas externas, visto nesta série histórica, mostra-se mais acelerado nos grupos de 1 aos 9 anos e de 10 aos 19 anos de idade, indicando a vitimação cada vez mais precoce dos cidadãos brasileiros.

Em termos regionais, o Norte apresentou maior proporção de mortes por causas externas na faixa etária de 1 a 9 anos de idade, e o Sul é a região onde se concentram as mortes nas faixas etárias mais velhas: a partir de 40 anos. As duas regiões possuem estruturas populacionais distintas (maiores proporções de população jovem no Norte e de população mais velha no Sul), no entanto, esse dado demográfico não é suficiente para explicar a diferença observada no comportamento da mortalidade por causas externas nessas áreas do país. Uma hipótese plausível para explicar a diferença seria assinalar o peso das elevadas taxas de suicídio na região Sul, fenômeno que incide sobre a população de mais idade. Mas não apenas os suicídios, também os óbitos por homicídios e acidentes de transporte apresentam altas proporções nas faixas etárias de 40 ou mais anos no Sul. Ou seja, nessa região, diferentemente das demais regiões do país, a população está morrendo por acidentes e violências em idade mais avançada.

Os homicídios e os acidentes de transportes foram, nessa ordem, as principais causas externas específicas de mortalidade para o país como um todo e para cada uma das macrorregiões. No conjunto do Brasil, elas constituíram 62,5% de todas as causas externas, em 1998. A sobre-mortalidade masculina foi de 12:1 nos homicídios, e de 4:1 nos acidentes de transporte.

Observa-se que as taxas de homicídio cresceram em todas as macrorregiões brasileiras, sendo este a principal causa de morte no Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sudeste (taxas de mortalidade acima de 33/100.000 hab.). Na região Sul, concentram-se os maiores riscos de morrer por acidentes de transporte (37/100.000 hab.).

Outro fato relevante diz respeito à magnitude do suicídio na região Sul. Essa causa específica representou 13,4% dos óbitos por causas externas, com uma taxa de 9/100.000 hab., valores bem mais elevados do que nas demais áreas do país.

Convém ressaltar a diminuição em 33% do grupo de causas externas com intencionalidade desconhecida no Brasil. Hoje essa categoria concentra 11% das informações, indicando melhoria da qualidade dos dados, embora isso não se dê de forma homogênea. No Norte e no Sul do país, encontram-se as menores proporções de mortes por lesões ignoradas (6,3% e 6,5%, respectivamente), enquanto os valores observados nas demais regiões estão acima dos verificados para o Brasil.

Entre as Unidades Federativas, o padrão da mortalidade por causas externas apresentou-se heterogêneo. O Rio de Janeiro concentra as maiores taxas, vindo a seguir o Espírito Santo. No entanto, o crescimento é mais expressivo nos estados da Amapá, Tocantins, Maranhão, Ceará, Pernambuco e Mato Grosso.

O sexo feminino apresentou um padrão de mortalidade por causas externas mais homogêneo do que o masculino e com menores taxas, comparadas às do sexo masculino. No entanto, de forma diferenciada em relação aos outros estados, no Maranhão e no Piauí, o padrão de mortalidade masculina é semelhante ao da mortalidade feminina.

Em algumas Unidades Federativas, os acidentes de transporte aparecem como principal causa externa específica de morte, como é o caso de Roraima, Paraná e Santa Catarina. Ao passo que em outras, como em Pernambuco, Espírito Santo e Rio de Janeiro, os homicídios são os principais responsáveis pelos óbitos. A Bahia apresentou a menor taxa de morte por acidentes de transportes e o Piauí, a menor de homicídios. O estado do Maranhão também evidencia baixas taxas para ambas as causas aqui mencionadas, se comparado aos outros estados.

Certamente a maior concentração de acidentes de transporte na região Sul reflete não só o grande fluxo de mercadorias, uma frota automobilística por pessoa bastante considerável, mas, sobretudo, os efeitos das péssimas condições de conservação das rodovias. A BR 116, a principal rodovia de ligação do Sul com as demais regiões, é chamada pela população de "Rodovia da Morte". Em contrapartida, a relevância da mortalidade por homicídios nas regiões Sudeste (Rio de Janeiro e Vitória) e Nordeste (Recife) sem dúvida está relacionada ao aumento das tensões sociais provocadas por falta de expectativas sociais, ao crescente número de armas de fogo em posse pela população e à lógica violenta e armada do narcotráfico como mercado ilegal de trabalho. No caso de Pernambuco, lá está instalada a maior extensão de plantação de maconha do país.

Entre as principais capitais do país, a análise de tendência evidenciou crescimento das taxas de mortalidade por causas externas em sete das onze capitais estudadas e decréscimo nas demais. A mortalidade cresceu em Recife, Vitória e Rio de Janeiro, essas três apresentando as maiores taxas. Além delas, também houve crescimento em Salvador, Belo Horizonte, São Paulo e Porto Alegre. Por outro lado, foi observada tendência de queda em Belém, Fortaleza, Natal e Curitiba.

Todos os resultados aqui analisados oferecem algumas indicações. Primeiro, que a violência fatal e as ocorrências de acidentes não se apresentam como um fenômeno totalizante e homogêneo, devendo ser compreendidos

em suas especificidades. Em segundo lugar, é possível observar tendências que permitem a formulação de políticas e programas de intervenção visando à qualidade de vida, à prevenção e à atenção do setor saúde. Em terceiro lugar, o estudo da série histórica evidencia que, mesmo de forma diferenciada por espaços sociais peculiares, a médio prazo, violências e acidentes continuarão a ser um dos maiores problemas sociais do Brasil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERQUÓ, E. S.; SOUZA, J. M. P. & GOTLIEB, S. L. D. *Bioestatística*. São Paulo: EPU, 1981.
- BOX, G. E. P.; JENKINS, G. M. & REINSEL, G. C. *Time series analysis forecasting and control*. New Jersey: Prentice Hall, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Mortalidade Brasil: 1995*. Brasília: Fundação Nacional de Saúde/ Centro Nacional de Epidemiologia/ Coordenação de Informação Epidemiológica, 1998.
- BUSSAB, M. O. *Análise de variância e de regressão*. São Paulo: Atual. 1986.
- LARSON, H. J. *Introduction to probability theory and statistical inference*. New York: John Wiley & Sons, 1982.
- LIRA, M.M.T.A & DRUMOND JUNIOR, M. Anos potenciais de vida perdidos no Brasil em 1980 e 1997. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Estudos Epidemiológicos*. Brasília: MS/ Funasa, 2000. (Mimeo.)
- MABERT, V. A. *An introduction to short term forecasting using the box-jenkins methodology*. Georgia: AIIE, 1975. Monograph Series.
- MELLO JORGE, M. H. P. Acidentes de trânsito no Brasil: dados e tendências. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(Supl.1):19-44, 1994.
- MELLO JORGE M. H. P.; GAWRYSZESKI, V.P. & LATORRE, M. R. D. O. Acidentes e violência no Brasil: I - análises dos dados de mortalidade. *Revista de Saúde Pública*, 31(Supl. 4):5-25, 1997.
- MINAYO, M. C. S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(Supl.1):7-18, 1994.
- MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R. Violência para todos. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(1):65-78, 1993.

- MONTGOMERY, D.C. *Forecasting and time series analysis*. New York: Mc. Graw Hill, 1990.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). *La salud en las Américas*. Washington: OPAS, 1998. (Publ. Cient. 569)
- REICHENHEIM, M.E.& WERNECK, G. L. Anos potenciais de vida perdidos no Rio de Janeiro, 1990: as mortes violentas em questão. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(Supl.1):188-198, 1994.
- SOUZA, E. R. S. Homicídios no Brasil: o grande vilão da saúde pública na década de 80. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(Supl.1):45-60, 1994.
- SOUZA, E. R. S & MINAYO, M. C. S. O impacto da violência social na saúde pública do Brasil: década de 80. In: MINAYO, M.C.S. *Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 87-116
- SOUZA, E. R. S.; NJAINE, K. & MINAYO, M. C. S. Qualidade da informação sobre violência: um caminho para a construção da cidadania. *Informare – Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação*, 2(1): 104-112, 1996.
- SOUZA, E. R. S.; ASSIS, S. G. & SILVA, C. M. F. P. Violência no município do Rio de Janeiro: áreas de risco e tendências da mortalidade entre adolescentes de 10 a 19 anos. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 1(5): 389-398, 1997.
- VERMELHO, L. L. *Mortalidade de jovens: análise do período de 1930 a 1991 – a transição epidemiológica para a violência*, 1994. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública: Universidade de São Paulo.
- YUNES, J. & RAJS, D. Tendencia de la mortalidade por causas violentas en la población general y entre los adolescentes y jóvenes de las Américas. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(Supl.1): 88-125, 1994.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Department of Injuries and Violence Prevention. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. *The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries*. Génève: WHO, 2002.

ANÁLISE DA MORBIDADE HOSPITALAR POR LESÕES E ENVENENAMENTOS NO BRASIL EM 2000

*Maria Cecília de Souza Minayo, Edinilsa Ramos de Souza,
Juaci Vitória Malaquias, Ana Cristina Reis,
Nilton Cesar dos Santos, João Paulo Costa da Veiga,
Cláudio Felipe Ribeiro da Silva & Isabela Gomes da Fonseca*

As informações oriundas das estatísticas hospitalares geralmente são alvo de críticas, por causa das limitações relacionadas à qualidade dos dados que apresenta. No entanto, não se pode deixar de reconhecer sua utilidade para os estudos epidemiológicos. Laurenti et al. (1987) afirmam que as estatísticas de morbidade constituem valiosa fonte de informação para os estudos de incidência e prevalência de inúmeras doenças.

O sistema de informações hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) processa os formulários de autorização de internação hospitalar (AIH), documento exigido para o reembolso dos serviços hospitalares prestados pelos estabelecimentos públicos e privados vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sistema, só a partir de 1998, foi incluída a obrigatoriedade do registro da causa externa que provocou a lesão. Antes, a informação existente referia-se à lesão sem esclarecer o evento causador da mesma.

Somente são caracterizados como internações os casos cuja permanência no hospital ultrapassem 48 horas. O sistema não contempla, portanto, os agravos mais agudos, de curta permanência e rápida evolução para cura, transferência ou óbito. Também não existe controle sobre a multiplicidade de internações para uma mesma pessoa, uma vez que não ocorre cruzamento das informações individuais, sendo emitida uma nova AIH a cada internação.

Dentre as limitações apontadas quanto à utilização dessa base de dados, destacam-se: cobertura parcial da realidade (envolve apenas internações de pacientes atendidos pela rede conveniada ao SUS); fidedignidade dos dados condicionada à natureza contábil do sistema; subestimação da

freqüência de determinados agravos, tendo em vista o perfil tecnológico da rede assistencial; erros e variações na codificação dos diagnósticos (não há treinamento padronizado); restrito aos agravos que requerem internação (Veras & Martins, 1994; Chequer, 1994).

No Brasil, ainda são poucas as análises sobre a morbidade por violência, seja em nível nacional, regional ou mesmo local. Além do trabalho que aqui se apresenta, o estudo de Lebrão, Mello Jorge & Laurenti (1997) é um dos poucos que esclarecem a magnitude dos eventos desse tipo que levaram à internação hospitalar em 1994. Os resultados a que chegam esses autores mostram que as lesões e envenenamentos foram responsáveis por 5% das internações do país e se concentram no sexo masculino e na faixa etária de 15 a 29 anos. Segundo Mello Jorge & Gotlieb (2000), a pequena participação desse grupo de causas no total das internações é fruto da subestimação, que pode ser atribuída à limitação do SIH que não computa os muitos casos atendidos nas emergências, prontos-socorros e as internações ocorridas em unidades de saúde não conveniadas ao SUS.

Iunes (1997) refere que os gastos hospitalares com internações decorrentes de causas violentas, realizadas com verbas do Sistema Único de Saúde, corresponderam a 8% do total gasto com todas as internações, enquanto o gasto-dia é referido como 60% superior ao custo médio das demais internações.

É importante, num estudo com o perfil do que aqui se apresenta, assinalar tanto as potencialidades como as limitações das fontes de dados e das análises realizadas.

INTERNAÇÕES POR LESÕES E ENVENENAMENTOS NO BRASIL

O comportamento das lesões e envenenamentos ao longo do tempo mostra uma variação proporcional em torno de 5% a 6% do total de internações no país. As taxas de internação por essas causas tiveram um incremento de 18,9%, ao passar de 3,4 internações/1.000 hab. em 1984 para 4,1 internações/1.000 hab. em 2000. Ressalta-se ainda que o início dos anos 90 concentrou as taxas mais elevadas de todo o período analisado (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição do número, proporção e taxa de internação por lesões e envenenamentos, Brasil – 1984 a 2000.

Ano	N	%	Taxa*
1984	443643	5,0	3,4
1985	377096	4,8	2,9
1986	401676	4,9	3,0
1987	493747	5,1	3,6
1988	595507	5,3	4,3
1989	658146	5,8	4,6
1990	684523	5,8	4,8
1991	832469	6,1	5,7
1992	884704	6,1	6,0
1993	874198	5,9	5,8
1994	848903	5,8	5,5
1995	735769	5,8	4,7
1996	689642	5,8	4,4
1997	694973	5,9	4,4
1998	608269	5,2	3,8
1999	678787	5,7	4,1
2000	693961	5,8	4,1

* Taxa de internação por 1.000 habitantes.

Em 2000, foram realizadas 11.937.297 hospitalizações em estabelecimentos próprios ou conveniados ao SUS. As complicações de gravidez, parto e puerpério (24,4%) são responsáveis pela maior parcela dessas internações. Em seguida, estão as doenças dos aparelhos respiratório e circulatório com proporções de 16,2% e 9,5%, respectivamente. As lesões e envenenamentos foram responsáveis por 693.961 internações (5,8%), ocupando o sétimo lugar no perfil geral (Tabela 2). Vale mencionar que, nesse mesmo ano, as lesões e envenenamentos representaram a principal causa de internação no sexo masculino, nas faixas etárias de 10 a 19 anos

(20,8%) e de 20 a 29 anos (21,9%). No grupo de 30 a 39 anos representou a segunda causa (15,5%), estando abaixo apenas dos transtornos mentais e comportamentais (16,4%).

Tabela 2 - Distribuição das internações hospitalares segundo grupos de causas, Brasil – 2000.

Grupo de causas	N	%
Gravidez, parto e puerpério	2.913.953	24,4
Doenças do aparelho respiratório	1.936.444	16,2
Doenças do aparelho circulatório	1.134.385	9,5
Doenças do aparelho digestivo	1.013.732	8,5
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	888.613	7,4
Doenças do aparelho geniturinário	837.978	7,0
Lesões enven. e out. conseq. causas externas	693.961	5,8
Transtornos mentais e comportamentais	422.836	3,5
Neoplasias (tumores)	388.064	3,3
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	302.888	2,5
Algumas afec. originadas no período perinatal	258.770	2,2
Doenças sist. osteomuscular e tec. conjuntivo	243.735	2,0
Doenças do sistema nervoso	212.364	1,8
Sintomas sinais e achados anormais	146.904	1,2
Contatos com serviços de saúde	145.086	1,2
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	135.848	1,1
Doenças do olho e anexos	85.400	0,7
Malformação congênita, deformid. e anomalias	84.040	0,7
Doenças sangue, órgs. hemat. e transt. imunitário	71.068	0,6
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	21.228	0,2
Total	11.937.297	100,0

A distribuição das internações por lesões e envenenamentos segundo sexo e faixa etária mostra uma maior proporção de internações masculinas (70%) em relação às femininas (30%), ou seja, a razão entre o número de homens internados é 2,3 vezes o número de mulheres. Entre os homens, as faixas etárias que mais se destacaram são os adolescentes (12,9%) e os adultos jovens (16,0%). Em relação à população feminina, as faixas etárias extremas dos 0 a 9 anos (5,5%) e 60 e mais anos (7,0%) corresponderam à maior parte das internações.

A tabela 3 apresenta a distribuição proporcional das internações segundo as causas específicas por lesões e envenenamentos. Os traumatismos representaram a principal causa específica de internações, contabilizando 83,2%, sendo responsável por uma taxa igual a três internações a cada mil habitantes. Em seguida, apresentando proporções menos expressivas, estão as intoxicações por substâncias não medicinais (4,7%) e as queimaduras (4,4%).

Tabela 3 - Distribuição das internações por causas específicas de lesões e envenenamentos, Brasil – 2000.

Causas específicas	N	%	Taxa*
Traumatismos	525.027	83,2	3,0
Intoxicação por subst. não-medicinais	29.826	4,7	0,2
Queimaduras	27.848	4,4	0,2
Outras complic. de cuidados médicos	23.154	3,7	0,1
Intox. drogas, medic. e subst. biolog.	9.718	1,5	0,1
Demais causas	15.404	2,3	0,1
Total	630.977	100,0	3,7

* Por 1.000 habitantes.

A tabela 4 apresenta a distribuição dos tipos específicos de traumatismos por faixas etárias. Do total de internações por traumatismos, a fratura foi a principal causa em todas as faixas etárias, com destaque para os idosos (62,6%). As lesões traumáticas e os ferimentos também são causas importantes de internações em todas as faixas etárias, principalmente entre os adultos jovens (28%).

Tabela 4 - Distribuição proporcional das internações por tipo de traumatismo segundo faixa etária, Brasil – 2000.

Tipo de traumatismo	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 e mais
Fraturas	54,7	57,3	47,0	48,4	50,0	53,5	62,6
Lesões Traumáticas*	26,6	23,4	28,0	27,4	26,8	24,7	20,1
Ferimentos	6,8	8,5	11,1	9,8	9,0	8,5	6,5
Luxações	3,9	4,8	6,9	6,9	6,0	4,9	3,6
Amputação	0,8	0,8	1,0	1,1	1,7	2,3	3,1
Esmagamento	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	0,2
Outros traumas	6,9	5,0	5,7	6,0	6,2	5,8	4,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Inclui as lesões superficiais, dos nervos, dos vasos sanguíneos, dos tendões e dos músculos.

A tabela 5 apresenta a distribuição proporcional das causas externas que motivaram as internações por lesões e envenenamentos. As quedas acidentais e os acidentes de transporte representaram os principais motivos de internações por essa causa, respectivamente 43,1% e 18,2%. As quedas foram responsáveis por mais de 50% das internações da população idosa, e os acidentes de transporte motivaram principalmente as internações de adultos jovens (23,1%). Destacam-se, ainda, as tentativas de homicídios motivando as internações dos adultos jovens entre 20 e 29 anos (9,4%) e 30 e 39 anos (7,3%). Chama atenção o elevado percentual (8,9%) de internações provocadas por fogo e chamas em crianças.

Tabela 5 - Distribuição proporcional das causas externas que motivaram as internações por lesões e envenenamentos segundo faixas etárias, Brasil – 2000.

Motivo	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 e mais	Total
Quedas acidentais	47,4	43,2	34,4	38,1	41,6	46,2	56,4	43,1
Acidentes de transporte	13,5	19,1	23,1	20,4	18,6	16,7	13,1	18,2
Outros acidentes	11,7	13,4	14,7	13,9	12,8	12,2	10,2	12,9
Fatores naturais e ambientais	5,9	6,2	5,2	5,4	5,4	5,5	4,5	5,4
Homicídios	1,8	5,7	9,4	7,3	5,5	3,7	1,9	5,4
Lesões ignoradas	4,0	3,7	3,7	3,9	3,9	3,7	3,2	3,7
Fogo e chamas	8,9	2,7	2,5	2,7	2,8	2,3	1,7	3,4
Cuidados médicos	1,5	1,7	2,3	2,7	3,5	4,3	4,9	2,8
Suicídios	0,7	1,5	1,8	2,1	2,0	1,5	0,8	1,5
Demais causas	4,4	2,8	3,0	3,6	3,9	3,8	3,4	3,5
N.Total	94.290	107.370	125.072	98.167	71.833	47.903	84.341	628.976

INTERNAÇÕES POR LESÕES E ENVENENAMENTOS NAS MACRORREGIÕES

Na tabela 6, apresenta-se a distribuição das internações por lesões e envenenamentos, segundo macrorregiões brasileiras. Do total de hospitalizações ocorridas nas regiões, o Norte (6,8%) e o Sudeste (6,7%) apresentaram proporção mais elevada de internações por lesões e envenenamentos. Apesar de a região Norte apresentar a maior taxa de internação (4,8/1000 hab.), essa foi a região onde ocorreu a menor taxa de mortalidade hospitalar (1,4/100 internações). Na região Centro-Oeste, encontra-se o tempo médio de permanência mais elevado, cerca de 5,6 dias e a segunda maior taxa de internação (4,5/1000 hab). A região Sudeste além de possuir o segundo maior tempo médio de internação (5,3 dias) também é responsável pela maior taxa de mortalidade hospitalar (3,1 óbitos/100 internações).

Tabela 6 - Distribuição das internações por lesões e envenenamentos segundo Macrorregiões do Brasil – 2000.

Regiões	N	%	Taxa ¹	TMP ²	TMH ³
Norte	61.905	6,8	4,8	4,5	1,4
Nordeste	167.549	4,7	3,5	4,6	2,6
Sudeste	303.627	6,7	4,2	5,3	3,1
Sul	108.485	5,5	4,3	4,8	2,2
Centro-Oeste	52.388	5,8	4,5	5,6	2,5

¹ Taxa de internação por 1.000 habitantes.² Tempo médio de permanência.³ Taxa de mortalidade hospitalar/100 internações.

A tabela 7 mostra a distribuição das internações por lesões e envenenamentos segundo os sexos. Verifica-se que houve uma predominância do sexo masculino em relação à proporção de internações em todas as regiões. A região Norte apresenta taxas um pouco mais elevadas, tanto para o sexo masculino (6,82/1000 homens) quanto para o feminino (2,72/1000 mulheres).

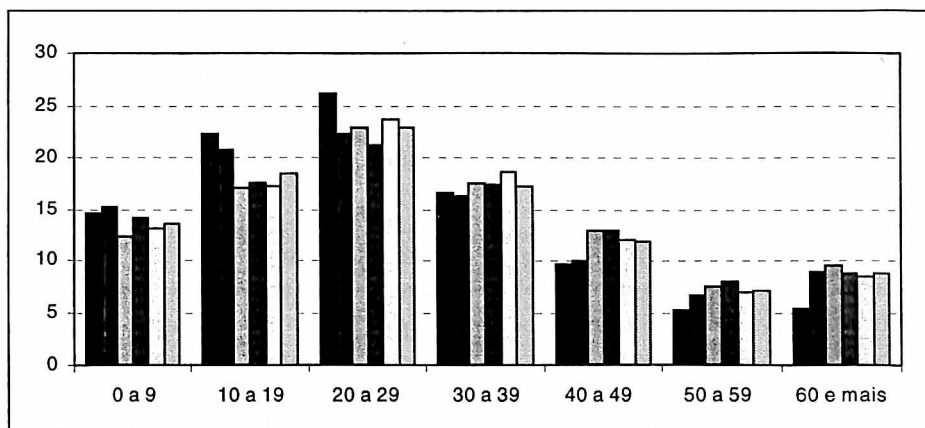
Tabela 7 - Distribuição das internações por lesões e envenenamentos segundo os sexos. Macrorregiões do Brasil – 2000.

Regiões	Masculino			Feminino		
	N	%	Taxa*	N	%	Taxa*
Norte	44.575	72,0	6,82	17.330	28,0	2,72
Nordeste	115.792	69,1	4,95	51.757	30,9	2,13
Sudeste	212.301	69,9	5,99	91.326	30,1	2,47
Sul	75.077	69,2	6,05	33.408	30,8	2,63
Centro-Oeste	37.399	71,4	6,45	14.989	28,6	2,57

* Taxa de internação por 1.000 habitantes.

A distribuição proporcional das internações por lesões e envenenamentos segundo as faixas etárias é apresentada no gráfico 1. Em todas as regiões, as internações por essa causa concentraram-se nos grupos de 20 a 29 anos. As regiões Norte e Nordeste concentraram a maior proporção de internações entre crianças e adolescentes, 38% e 35% respectivamente, se comparadas às demais regiões. O percentual de internações é crescente entre 0 e 29 anos, decresce na faixa etária de 30 a 59 anos e volta a crescer a partir de 60 anos em todas as regiões.

Gráfico 1 - Distribuição proporcional das internações por lesões e envenenamento segundo faixas etárias. Regiões do Brasil – 2000.



Na tabela 8, encontra-se a distribuição proporcional das internações por causas específicas de lesões e envenenamentos. O traumatismo é a principal causa de internações em todas as regiões, variando em torno de 81,7% a 84,3%. É interessante notar que as internações por intoxicações por substâncias não-medicinais são um pouco mais elevadas nas regiões Norte (5,7%) e Nordeste (5,5%) se comparadas às demais regiões. Já as internações por intoxicações provocadas por drogas são maiores nas regiões Sudeste (1,9%), Sul (1,6%) e Centro-Oeste (1,5%).

Tabela 8 - Distribuição proporcional das internações por causas específicas de lesões e envenenamentos segundo Grandes Regiões do Brasil – 2000.

Causas específicas	Norte	Nordeste	Sudeste	Sul	Centro-Oeste
Traumatismos	83,4	81,7	84,3	82,5	82,8
Intox. por subs. não-medicinais	5,7	5,5	4,2	4,4	5,0
Queimaduras	3,8	5,1	3,5	5,5	5,8
Outras complic. cuid. médicos	4,2	4,0	3,5	3,9	2,6
Intoxicação por drogas	0,6	1,2	1,9	1,6	1,5
Penetração de corpo estranho	0,5	0,2	0,6	0,7	0,5
Outros efeitos não especific.	0,8	0,5	0,3	0,5	0,4
Outras seqüelas	0,8	1,7	1,6	0,9	1,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Analisando a distribuição proporcional das causas externas que motivaram as internações por lesões e envenenamentos nas macrorregiões brasileiras, as quedas acidentais e os acidentes de transporte foram responsáveis por mais de 60% das internações (por lesões e envenenamentos) nas regiões Sudeste e Sul. Na região Sudeste, os acidentes de transporte motivaram mais de 20% das internações por causas externas. Destacam-se ainda as elevadas proporções de internações ‘por outros acidentes’ nas regiões Nordeste (25,5%) e Centro-Oeste (20,8%). Na região Norte, os acidentes por fatores naturais e ambientais foram responsáveis por quase 20% das internações.

A comparação entre o custo médio das internações por lesões e envenenamentos e o custo médio de todas as causas é apresentado na tabela 9. As regiões Sudeste e Sul destacam-se por apresentar o maior custo médio, tanto para as internações por lesões e envenenamentos quanto para todas as causas. É importante ressaltar que o custo médio das internações por lesões e envenenamentos é maior do que o de todas as causas em cada uma das regiões. Para o país ele é 28,5% maior, variando de 35,7% na região Norte a 19,7% no Sul.

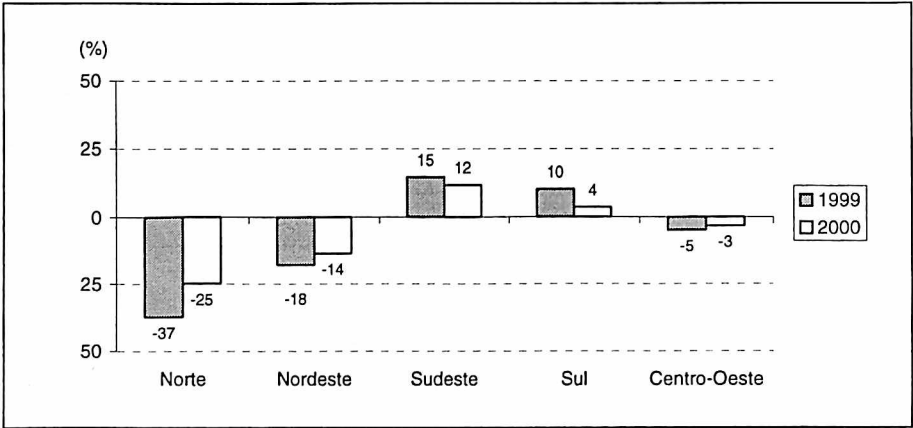
Tabela 9 - Custo médio* das internações por lesões e envenenamentos e por todas as causas. Regiões do Brasil – 2000.

Regiões	Lesões e envenenamentos	Todas as causas	Variação percentual
Norte	379,94	279,97	35,7
Nordeste	436,68	324,52	34,6
Sudeste	565,29	452,46	24,9
Sul	523,72	437,45	19,7
Centro-Oeste	488,61	372,32	31,2
Brasil	505,52	393,27	28,5

* Custo médio em Reais.

O gráfico 2 compara a oscilação nos custos médios das internações de cada região em relação ao Brasil, em 1999 e 2000. O custo médio das internações por lesões e envenenamentos das regiões aproximou-se mais da média nacional no ano 2000. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste permaneceram com o custo abaixo da média, embora a defasagem em relação a esse custo tenha diminuído nessas regiões. A região Norte foi a que teve maior aumento no custo (12%), passando de 37%, em 1999, para 25% em 2000. As regiões Sudeste e Sul continuam apresentando custo acima da média do país, porém tiveram uma redução de 3% e 6%, respectivamente.

Gráfico 2 - Variação percentual dos custos médios regionais* das internações por lesões e envenenamentos em relação ao Brasil – 1999 e 2000.



* Custo médio Brasil = 513,08 (em Reais) – 1999; custo médio Brasil = 505,52 (em Reais) – 2000

INTERNAÇÕES POR LESÕES E ENVENENAMENTOS NAS UNIDADES DE FEDERAÇÃO

Quando se analisa a distribuição das internações por lesões e envenenamentos segundo as Unidades de Federação, observa-se que os estados de Sergipe (7,9%), São Paulo (7,6%) e Pará (7,2%) apresentaram as maiores proporções de internação por essa causa. O Rio Grande do Norte ficou com a menor proporção (3,1%). Em relação às taxas de internação destacaram-se os estados de Sergipe, Pará e Mato Grosso do Sul com taxas superiores a 5/1000 hab. Quanto ao tempo médio de permanência foram verificadas maiores médias em Roraima (9,3 dias), Rio de Janeiro (8,1 dias) e Distrito Federal (7,9 dias). As taxas de mortalidade hospitalar em Pernambuco e no Rio de Janeiro foram bastante elevadas: 4 óbitos/100 internações.

A tabela 10 apresenta a distribuição das internações segundo causas específicas por lesões e envenenamento. Em todas as Unidades da Federação, os traumatismos são responsáveis por mais de 60% das internações.

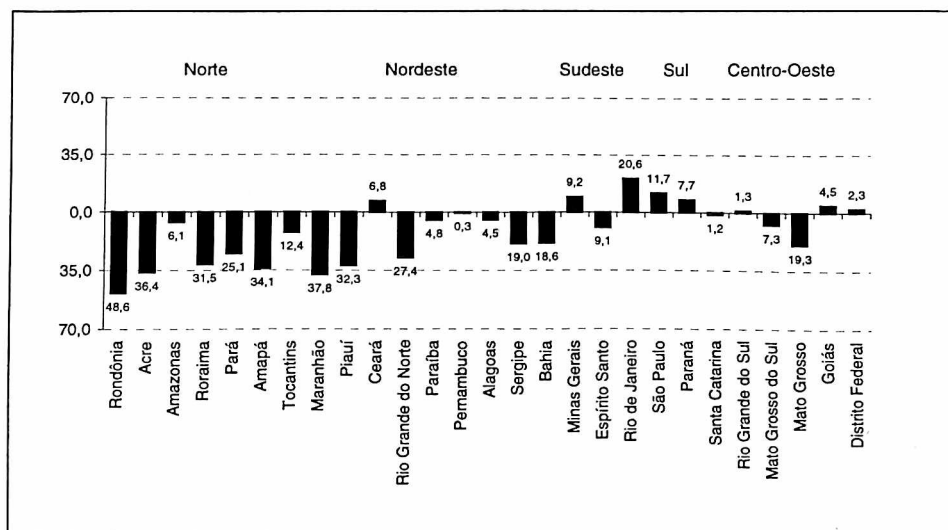
Tabela 10 - Número, percentual e taxa de internação por traumatismo, Unidades da Federação, Brasil – 2000.

Unidades da Federação	N	%	Taxa
Rondônia	4.752	72,1	3,4
Acre	1.914	70,7	3,4
Amazonas	5.697	65,1	2,0
Roraima	267	71,6	0,8
Pará	24.812	68,4	4,0
Amapá	1.175	75,6	2,5
Tocantins	5.320	89,9	4,6
Maranhão	12.075	64,6	2,1
Piauí	7.516	87,5	2,6
Ceará	20.513	78,8	2,8
Rio Grande do Norte	3.693	63,4	1,3
Paraíba	11.440	84,9	3,3
Pernambuco	19.129	75,9	2,4
Alagoas	7.614	79,1	2,7
Sergipe	9.255	88,3	5,2
Bahia	31.733	62,9	2,4
Minas Gerais	59.456	76,3	3,3
Espírito Santo	8.189	70,9	2,6
Rio de Janeiro	36.652	79,1	2,5
São Paulo	131.590	78,6	3,6
Paraná	37.071	80,2	3,9
Santa Catarina	16.382	76,9	3,1
Rio Grande do Sul	30.982	75,2	3,0
Mato Grosso do Sul	9.182	78,3	4,4
Mato Grosso	7.666	68,4	3,1
Goiás	13.837	67,7	2,8
Distrito Federal	7.115	87,6	3,5

Na distribuição percentual das internações por traumatismos segundo o tipo de lesão, na grande maioria das UFs, as fraturas, as lesões traumáticas e os ferimentos foram responsáveis por mais de 70% das internações. Chama a atenção a elevada proporção de internações classificadas em ‘outros traumas’ no Amapá (22%), denotando problemas de notificação.

O gráfico 3 mostra a variação percentual entre os custos médio das internações por lesões e envenenamentos das Unidades da federação em relação ao Brasil. Todos os estados da região Norte possuem uma variação muito abaixo do custo médio nacional. O estado de Rondônia é o que mais se distanciou da média de custo nacional (-48,6%). Em quase toda a região Nordeste essa situação se repete, com exceção do Ceará, que apresentou uma variação de 6,6% acima do custo nacional. Já as regiões Sudeste e Sul encontram-se em situação oposta às demais, com exceção do Espírito Santo (-9,1%) e Santa Catarina (-1,2%), que tiveram variação abaixo da média de custo do Brasil. A situação das UFs da região Centro-Oeste se apresentou da seguinte forma: o Mato Grosso do Sul e o Mato Grosso encontram-se abaixo da média de custo nacional (7,3% e 19,3%, respectivamente), já Goiás e o Distrito Federal estão acima da média de custo nacional (4,5% e 2,3%, respectivamente).

Gráfico 3 - Variação percentual do custo médio estadual das internações por lesões e envenenamentos em relação ao Brasil – 2000.



INTERNAÇÕES POR LESÕES E ENVENENAMENTOS NAS PRINCIPAIS CAPITALS

A tabela 11 mostra o número, o percentual e a taxa de internação, o tempo médio de permanência e a taxa de mortalidade hospitalar por lesões e envenenamentos nas capitais brasileiras no ano de 2000. São Paulo é a capital com maior número de internações por lesões e envenenamentos. Essas ocorrências representam mais de 5% de todas as internações nas onze capitais. Belém apresenta a maior taxa de internações (6,7 internações/1000 habitantes) e Natal, a menor taxa (2 internações/1000 habitantes). Quanto ao tempo médio de permanência, o Rio de Janeiro superou as demais capitais (10,8 dias). A taxa de mortalidade hospitalar variou entre 2 e 5,9 óbitos por 100 internações nas onze capitais.

Tabela 11 - Número, percentual e taxa de internação, tempo médio de permanência hospitalar e taxa de mortalidade hospitalar por lesões e envenenamentos, capitais brasileiras – 2000.

Capitais	Internação			T.M.P.	T.M.H.
	N	%	Taxa		
Belém	8.591	9,2	6,7	3,5	2,0
Fortaleza	9.458	6,0	4,4	5,4	2,8
Natal	1.437	3,7	2,0	5	3,8
Recife	5.661	5,4	4,0	6,5	5,7
Salvador	7.866	5,3	3,2	5,1	4,8
Belo Horizonte	11.905	8,3	5,3	5,5	3,8
Vitória	964	6,8	3,3	6,2	5,9
Rio de Janeiro	17.522	6,2	3,0	10,8	5,1
São Paulo	33.940	7,6	3,3	5,7	3,7
Curitiba	7.677	6,9	4,8	4,2	2,7
Porto Alegre	7.526	7,2	5,5	6	3,0

Na distribuição percentual das internações por traumatismos segundo tipo de lesão nas onze capitais metropolitanas brasileiras em 2000, as fraturas e as lesões traumáticas foram responsáveis por mais de 70% das internações. Vitória e Natal apresentaram um percentual significativo de internações classificadas como 'outros traumas' se comparados ao das demais capitais (19,9% e 10,1%, respectivamente). Os ferimentos destacam-se como terceiro tipo de lesão mais importante na grande maioria das capitais.

Analisando-se o custo médio das internações segundo os três principais tipos de lesões do subgrupo 'traumatismo', observa-se que para a maioria das capitais as lesões traumáticas apresentam um custo médio maior. Nas capitais Fortaleza, Rio de Janeiro e Porto Alegre os maiores custos médios foram representados pelas internações por fraturas. Os ferimentos indicaram o menor custo entre os três tipos de lesões traumáticas em todas as capitais metropolitanas.

SOB O PONTO DE VISTA DA ANÁLISE DE REGRESSÃO LINEAR MÚLTIPLA

Trata-se, a seguir, da análise da estimativa do custo das internações de lesões por traumatismos, verificando-se a relação da natureza da instituição na estimação do custo médio das internações. Sob essa perspectiva, na presente análise, considerando os dados de 2000, busca-se avaliar, a partir da modelagem, o quanto e como a natureza jurídica dos hospitais pode explicar os diferenciais observados nos custos brasileiros do atendimento por lesões e envenenamentos.

Quando se analisa o custo médio das internações por traumatismo dentro de cada região, verifica-se que na região Norte, o custo dos hospitais federais e filantrópicos são muito afetados pelo 'custo financeiro do valor dos serviços hospitalares'; nos hospitais estaduais, municipais e contratados o que mais pesa é a 'idade média dos pacientes' como uma variável que determina um possível aumento do custo. No Nordeste, 'o valor dos serviços de apoio ao diagnóstico e terapia e o valor de serviços profissionais', foram as rubricas que mais influíram na variação do custo dos hospitais estaduais, municipais, filantrópicos e contratados.

Na região Sudeste, 'a idade média dos pacientes traumatizados' é a variável mais importante a ser considerada, qualquer que seja a natureza jurídica da instituição. Isso significa que quanto mais aumenta a faixa etária dos pacientes mais o custo de sua internação se eleva. O 'valor de serviços profissionais' também apresentou significância estatística, nos

hospitais municipais, filantrópicos, universitários e contratados. No Sul, o custo dos hospitais estaduais e contratados foram sensivelmente influenciados pela variável 'número de dias que o paciente permanece hospitalizado'. Um raciocínio bem lógico, pois o aumento do tempo corresponde igualmente à gravidade do problema que levou à internação e, conseqüentemente, maior custo agregado na internação. 'A idade do paciente' também foi altamente significativa nos hospitais municipais, filantrópicos, universitários e contratados. Os modelos analisados da região Centro-Oeste mostraram que o custo médio de internações por traumatismo ficou muito relacionado à 'idade média dos pacientes' e ao 'valor dos serviços profissionais', sendo ambas comuns aos hospitais municipais, filantrópicos e contratados. Nos estaduais, apenas 'a idade do paciente' foi considerada variável importante para determinação do custo; nos hospitais universitários esse custo é influenciando somente pelo 'valor dos serviços profissionais'.

CONCLUSÕES E HIPÓTESES

Por se tratar de um estudo exploratório, as únicas pretensões deste trabalho foram realizar uma síntese sobre o que os 'Dados de Internação Hospitalar por Lesões e Envenenamentos no Brasil', analisados para o ano 2000, permitem inferir; e propor alguns caminhos possíveis em forma de perguntas e hipóteses, capazes de orientar aprofundamentos em estudos futuros.

- Os resultados aqui dispostos permitem mostrar que, diferentemente do perfil de mortalidade, em que as causas violentas ocupam a segunda maior posição em termos de relevância no total de óbitos, as lesões e envenenamentos, no perfil da morbilidade, ocupam o sétimo lugar, correspondendo a 5,8% do total de internações. Ocorre uma elevação da proporção de internações por lesões e envenenamentos para 7,0%, quando se excluem as internações por complicações por gravidez, parto e puerpério (que dizem respeito apenas às mulheres).
- Para o país, a população masculina apresentou um índice de internações muito mais elevado que a feminina, chegando a aproximadamente 70% do total. As internações 'por violências e acidentes' se concentram nos grupos de 20 a 29 anos, no país como um todo e em cada uma das regiões. Mas, se olhada a população masculina de 10 a 39 anos, esse conjunto configura 41% do total das internações por lesões e envenenamentos. A diferença verificada em relação às internações por causas violentas apresentou resultado estatisticamen-

te significativo tanto para o país quanto para as grandes regiões. Como visto então, a população mais atingida por lesões e traumas são os rapazes, representando 2,3 vezes o número de moças internadas pelas mesmas causas. A situação de desvantagem por gênero apenas ocorre no caso das mulheres internadas nas faixas etárias acima de 60 anos (7,2%), representando maiores proporções se comparadas aos homens (6,2%), sobretudo, quando dizem respeito a lesões e traumas provocados por quedas.

- Se os homens são as maiores vítimas de internações por causas violentas, a sua desvantagem continua quando se comparam as taxas de internação por região. Eles apresentam taxas, como as da região Norte e Centro-Oeste, 6,82 e 6,45, aproximadamente, duas vezes e meia a mais que as taxas referentes às mulheres. A região Nordeste foi a que apresentou a menor de todas as taxas no grupo masculino (4,95). A região Nordeste (2,13/1000 mulheres) foi a responsável pela menor taxa de internação para o ano de 2000, considerando as grandes regiões. Em 1994, essas taxas eram de 7,7 para o sexo masculino e de 3,7 para o feminino. Nos Estados Unidos elas correspondiam a 11,2 e 10,0, respectivamente, em 1991 (Lebrão, Mello Jorge, & Laurenti, 1997). As regiões que apresentam maior tempo de permanência em internações por lesões e envenenamentos são o Sudeste e o Centro-Oeste, em torno de cinco a seis dias, em média. Apesar de a região Sudeste ser a responsável pelas maiores taxas de internação, 6,4/1000 hab., esta também possui a maior taxa de mortalidade hospitalar, 3,1 óbitos em cada 1.000 internações.
- Quando se considera a faixa etária, há uma concentração das internações nas faixas etárias de até 29 anos, inclusive, com tendência crescente. A partir dessa idade, ocorre uma queda até aos 59 anos, voltando a crescer no grupo de 60 anos ou mais. Esse comportamento foi análogo em todas regiões do país. Isso leva a pensar na necessidade de atuar de maneira preventiva nos grupos mais jovens e nos mais idosos.
- Dentre as principais causas de internações por lesões e envenenamentos destacam-se os 'traumatismos' que configuram 83,2% do total, atingindo 3,1 de cada mil habitantes no país. A seguir vêm as intoxicações não medicamentosas e as queimaduras, em proporções muito menores. No caso dos 'traumatismos', as fraturas são o principal tipo, com um peso muito grande no grupo dos idosos (62,6%). E as lesões traumáticas e ferimentos estão referidos, prioritariamente, à população de 20 a 39 anos, constituindo-se sua soma em torno de no mínimo 37,2% e 39,1% no máximo, do total das internações. É importante não esque-

cer que se trata da população adulta, jovem e em plena etapa produtiva de sua vida. Estudo de Lebrão, Mello Jorge & Laurenti (1997) já indicava, em 1994, que esses traumatismos, provavelmente, seriam provenientes de acidentes de trânsito, acidentes de trabalho incluindo os de trajeto, agressões interpessoais e de uso de armas brancas e de fogo. Este estudo vem confirmar as hipóteses dos citados autores.

- O custo médio das internações por lesões e envenenamentos do ano de 1999 (R\$ 513,08) teve uma pequena redução no ano de 2000, sendo então de R\$505,52, mas manteve o padrão, ficando acima do custo médio de internação por todas as causas (R\$ 393,27) no país. Esse comportamento repete-se em todas as regiões, e, igualmente, as médias tendem a se aproximar do custo médio do país. É importante entender o que significa tal movimento de convergência de custos médios: isso se deu na região Norte, que estava muito abaixo da média. O mesmo ocorreu nas regiões Nordeste e Centro-Oeste. O sobrecusto das lesões e envenenamentos em relação ao custo médio das internações por todas as causas variou de aproximadamente 35,70% na região Norte a 31,23% na Centro-Oeste e de 28,54% para o Brasil como um todo. A região Sul foi a que apresentou a menor variação do custo, em torno de 19,72%. Em 1997, os gastos com internações por causas externas correspondeu a 232 milhões de reais, representando 6,6% do total das internações e 8% dos gastos do SUS (MS, 2000; Feijó e Portela, 2001), correspondendo a um custo médio anual de R\$ 400,66 (MS, 2000).
- Quando se olham os percentuais de internação por lesões e envenenamentos por unidade da federação no ano 2000, chamam atenção, por serem os mais elevados, os do Estado do Rio de Janeiro (20,6%), São Paulo (11,7%) e Minas Gerais (9,2%). Também os custos são os mais elevados, tendo como variáveis explicativas o valor dos serviços profissionais e a idade média dos pacientes. Os acidentes de trânsito e as agressões por armas de fogo nesses Estados destacam-se como as principais causas das internações dos pacientes traumatizados. Elas caracterizam internações de uma maior gravidade, requerendo maior número de intervenções e procedimentos médicos e de dias de estadia nos hospitais. Considerando o tempo médio de internação, Roraima (9,3 dias), Rio de Janeiro (8,1) e Distrito Federal (7,9) levam a dianteira, superando em quase duas vezes o tempo médio de suas regiões. Nas taxas de mortalidade hospitalar por lesões e envenenamentos, Pernambuco, Alagoas e Rio de Janeiro ocupam os primeiros lugares, com cerca de quase 4 óbitos/1000 internações. Encontram-se no presente estudo valores situados em torno dos observados por Lebrão,

Mello Jorge & Laurenti (1997), em cujo trabalho foi mostrado que a média de permanência hospitalar, em 1994, era de seis dias para todas as causas e de cinco dias para as causas externas. As causas externas ocupavam a décima posição nas taxas de mortalidade hospitalar, que eram de 2,2 óbitos/1000 internações – 20% mais elevadas que a dos Estados Unidos.

- O Sudeste e o Sul se destacam por estarem com custos médios de internação acima da média nacional (12% e 4% respectivamente), e as Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste são ressaltadas por terem seus custos médios abaixo do custo médio do Brasil. Os baixos custos observados nessas três regiões poderiam ser explicados pela importância que a participação da rede pública (estadual e municipal) assume nas internações por traumatismos nessas áreas e ao subfaturamento que ocorre nos hospitais dessas redes, como indicado por Iunes (1997). Agrega-se a isso uma importante parcela das causas externas que é atendida nos serviços de emergência, que costumam ser municipais e não estão aqui calculados, baixando, artificialmente, o custo com internações, nessas regiões onde a rede pública possui maior participação relativa. No Norte, a rede estadual corresponde a 83 hospitais, no Nordeste ela possui 170, tem 44 no Sudeste. A região Nordeste possui 336 hospitais municipais e a Sudeste, 117 estabelecimentos dessa mesma natureza jurídica. Vale ainda destacar a importante contribuição da rede de hospitais contratados na determinação dos custos, tanto para o conjunto do país quanto para todas as suas regiões. Já nas regiões Sudeste e Sul, onde os custos são maiores do que a média do Brasil, observa-se que é fundamental a contribuição dos hospitais filantrópicos. Todas essas constatações foram verificadas a partir da análise multivariada, por meio da qual foram criados modelos de regressão para calcular o custo médio dos traumatismos para o Brasil e regiões.
- Entende-se que, embora de forma exploratória, este estudo permite alguns tipos de conclusões para o planejamento nos três níveis de governo, sobretudo levando-se em conta que ‘os traumatismos são os maiores responsáveis pela internação, no interior do grupo das lesões e envenenamentos’. A partir desses dados exploratórios seria necessário desenvolver estudos voltados para as especificidades de gênero e idade. A partir das análises de custos sociais e econômicos será possível, também, levantar e direcionar possíveis variáveis que estejam altamente relacionadas ao custo das internações. Hospitais de diferentes natureza explicam diferentes custos de internação, logo, necessitam de diferentes formas de atenção na gestão dos serviços e dos custos e de diferentes planos de ação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CHEQUER, P. J. N. Epidemiologia e serviços de saúde. In: *Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia*. Belo Horizonte: Coopmed/Abrasco, 1994. p. 219-223.
- FEIJÓ, M. C. C. & PORTELA, M.C. Variação no custo de internações hospitalares por lesões: os casos dos traumatismos cranianos e acidentes por armas de fogo. *Cadernos de Saúde Pública*, 17: 627-637, 2001.
- IUNES, R. F. Impacto econômico das causas externas no Brasil: um esforço de mensuração. *Revista Saúde Pública*, 31(4. supl.): 38-46, 1997.
- LEBRÃO, M. L.; MELLO JORGE, M. H. P. & LAURENTI, R. Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos. *Revista Saúde Pública*, 31(4. supl.): 26-37, 1997.
- LAURENTI, R. et al. *Estatísticas de saúde*. São Paulo: EPU, 1987.
- MELLO JORGE, M. H. P. & GOTLIEB, S. L. D. *As condições de saúde no Brasil: retrospecto de 1979 a 1995*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2000. p. 136-150.
- MS/Ministério da Saúde. Secretaria Executiva: DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/tabnet>. 2000. Acesso em: 17.mar. 2002.
- VERAS, C. M. T. & MARTINS, M. S. A confiabilidade dos dados nos formulários de autorização de internação hospitalar (AIH), Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(3): 339-355, 1994.

AVANÇOS DO CONHECIMENTO SOBRE CAUSAS EXTERNAS NO BRASIL E NO MUNDO: ENFOQUE QUANTI E QUALITATIVO

*Edinilsa Ramos de Souza, Liana Furtado Ximenes,
Felipe Alves, Cintia Magalhães, Danilo Bilate,
Ana Maya Szuchmacher & Juaci Malaquias*

INTRODUÇÃO

O crescimento real da violência social tem gerado, por sua repercussão nas subjetividades e no imaginário social, medo e sentimentos de insegurança, sobretudo nas populações das grandes cidades do mundo. Parte das informações que as sociedades leigas e acadêmicas têm sobre o tema dos acidentes e da violência advém dos trabalhos epidemiológicos, os quais trazem indicadores de áreas de maior risco, grupos mais vulneráveis, causas mais frequentes, tendências no tempo e outros fatores de risco para a ocorrência de morbimortalidade por essas causas.

Em nível internacional, esse conjunto de eventos, que engloba todas as formas de acidentes e as violências propriamente ditas, está codificado na Classificação Internacional de Doenças (CID), em sua 10ª revisão. Para a mortalidade, compreende o capítulo XX, com a denominação de ‘Causas externas de morbidade e de mortalidade’, sob os códigos V01 a Y98; para a morbidade, corresponde ao capítulo XIX, sob a denominação de ‘Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas’, sob os códigos S00 a T98.

Nas grandes cidades do mundo e em alguns países, como é o caso do Brasil, os dados epidemiológicos têm mostrado crescimento da morbidade e da mortalidade por causas externas nas duas últimas décadas. Tomando-se como parâmetros essas duas categorias com as quais a saúde trabalha, a violência tem vitimizado ampla camada de populações cujas características majoritárias, quase que universais, são as de um grupo de pessoas jovens, do sexo masculino, residentes em áreas periféricas e/ou menos favorecidas das grandes metrópoles urbanas e, portanto, socio-

economicamente carentes; em geral possuem baixa escolaridade e preferencialmente são negros ou descendentes dessa etnia.

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano de 2000 destacam que morreram cerca de 1,6 milhão de pessoas no mundo inteiro como resultado da violência (OMS, 2002): 25% dessa mortalidade foi por acidentes de transporte, 16% por suicídio, 10% por violência interpessoal, 9% por afogamento, dentre outras (WHO, 2002). Ainda segundo a OMS, nos países da África e das Américas, a mortalidade por homicídio é quase três vezes maior do que a mortalidade por suicídio, ao passo que na Europa e no sudeste da Ásia os índices de suicídio é que são mais elevados: mais que o dobro dos de homicídio. A taxa estimada de suicídio para 2000 correspondia a 19,1 para cada 100 mil habitantes e a de homicídio era de 8,4 por 100 mil habitantes na região européia. No sudeste da Ásia, a taxa de suicídio era de 12 para cada 100 mil habitantes, enquanto a de homicídio era de 5,8 por 100 mil habitantes. No Pacífico Ocidental, os índices de mortalidade por suicídio (20,8/100 mil) eram cerca de seis vezes maiores que os de homicídio (3,4 para cada 100 mil).

Entre 1990 e 2000, a taxa de mortalidade por lesão intencional (lesões autoprovocadas intencionalmente, agressões, intervenções legais e operações de guerra) foi 27,7 por 100 mil habitantes no Brasil. Observando-se as taxas de outros países, vê-se que a Colômbia teve a taxa mais elevada, 65,1; o México, 19,8; a França, 15,6; a Alemanha, 11,5; e a Argentina, 11,4.

De acordo com dados do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002), constata-se que as taxas brasileiras, de 1990 a 2000, estão mais próximas às da Colômbia e às da região africana do que às dos países da Europa. Quando se trata dos índices de mortalidade masculina por lesões intencionais, o Brasil aparece com a taxa de 50,2; Colômbia, 122,4; México, 36,5; França, 24,1; Argentina, 19,0 e Alemanha, 17,7. A taxa de homicídios no Brasil foi de 23 por 100.000 habitantes, a da Colômbia foi de 61,6 por 100.000 habitantes. Já na região africana como um todo, a taxa estimada para o ano de 2000 foi de 22,2 por 100.000 habitantes. Enquanto isso, observam-se, para alguns países europeus, taxas comparativamente muito baixas, como as da Dinamarca (1,1); França (0,7); Alemanha (0,9); Grécia (1,2); Portugal (1,1); Reino Unido (0,8); Espanha (0,8), dentre outros. As maiores taxas encontradas na Europa foram as da Albânia (21) e da Federação Russa (21,6).

No panorama brasileiro, as causas externas constituem o segundo grande grupo gerador de mortes, em seguida às doenças do aparelho circulatório. Para a faixa etária que compreende dos 5 aos 39 anos de idade, as causas externas são o principal grande grupo de morte no país. As taxas

de mortalidade por causas externas variam de acordo com o sexo e a idade. No *ranking* geral de óbitos, ocupam a segunda posição na mortalidade masculina e situam-se no quinto lugar nas causas de mortes femininas. A sobremortalidade de homens em relação às mulheres no Brasil é de 5:1, ou seja, a cada cinco homens que morrem por acidentes e violências, ocorre o óbito de uma mulher (Mello Jorge e Gotlieb, 2000). Esse risco e essas relações intensificam-se quando se considera o grupo dos jovens em certas capitais brasileiras. Nesse grupo social, as causas externas são a primeira causa de morte, e os rapazes chegam a ter a sobremortalidade de 13 óbitos para cada um de moças, quando a causa geradora é o homicídio.

Ao longo das duas últimas décadas, a mortalidade por causas externas variou não só em razão da magnitude do conjunto desse grupo de causas, mas também internamente, em seus subgrupos. De 1979 a 1989, no Brasil, o subgrupo com taxas mais elevadas foi o relativo aos acidentes de trânsito, seguido pelo dos homicídios. A partir de 1990, estes últimos passaram a ser a principal causa de morte dentro do grupo das causas externas, superando os acidentes de trânsito. Os homicídios eram responsáveis por 19% das mortes por causas externas na década de 80 e chegaram a 30% na década de 90 (Mello Jorge & Gotlieb, 2000; Minayo, Souza & Silva, 2001).

As taxas de mortalidade por suicídio são consideradas baixas no país, mas se mostram crescentes para o jovem e o adulto jovem, principalmente do sexo masculino. Na principais capitais brasileiras, a mortalidade de jovens de 15 a 24 anos apresentou um crescimento de 42,8% no período de 1979 a 1998, enquanto na população geral, para o mesmo conjunto de capitais, esse crescimento foi de apenas 27,3% (Souza, Minayo & Malaquias, 2002; Mello Jorge & Gotlieb, 2000).

No Brasil, a mortalidade por causas externas representou um percentual de 28,6% dos anos potenciais de vida perdidos (APVP) da população em geral, e para os jovens constituiu a primeira causa de APVP (Minayo et al., 2001). As mortes representam apenas a ponta de um gigantesco *iceberg*. Não existem estatísticas precisas quanto à morbidade, e o pouco que se sabe sobre esse fenômeno advém de pesquisas pontuais em populações específicas. As lesões/ferimentos são responsáveis por 12% da carga total de doenças do mundo (WHO, 2002). Estudos mostram que para cada homicídio de jovens há vinte ou quarenta vítimas nesse grupo sofrendo agressões e outros tipos de violência não-fatais e recebendo tratamento hospitalar (OMS, 2002).

Os acidentes de transporte lideram as lesões e agravos à saúde de homens no mundo inteiro. Em 1998, essa causa situou-se no nono lugar na morbidade mundial de ambos os sexos, e as quedas corresponderam à

décima quarta posição nesse mesmo ranking. Entre os homens, essas mesmas causas ocuparam a sexta e a décima primeira posições, respectivamente, e a violência interpessoal apareceu na décima posição. Os acidentes de transporte situaram-se na décima quinta posição, em termos de morbidade feminina no mundo (WHO, 1999).

As lesões e envenenamentos constituíram 16% das internações hospitalares do Sistema Único de Saúde do Brasil para a população de 15 a 24 anos – excluindo-se complicações da gravidez, parto e puerpério –, em 2000, configurando-se como primeira causa de internação para tal faixa etária específica (Minayo et al., 2001). Na população em geral, em 2000, foram 693.961 internações por causas externas (5,8% de todas as internações), representando a sétima dentre todas as causas de hospitalizações. Foi a primeira causa no sexo masculino, nas faixas etárias de 10 a 19 anos (20,8%) e de 20 a 29 anos (21,9%) (Minayo e Souza, 2002).

Dentre as internações por causas externas no Brasil, os ‘traumatismos’ representaram o principal motivo de hospitalização em 2000, sendo responsável por uma taxa igual a três internações a cada mil habitantes. As ‘intoxicações’ por substâncias não medicinais ocupam a segunda posição e as ‘queimaduras’, a terceira dentre as internações por violência e acidentes. As ‘quedas acidentais’ e os ‘acidentes de transporte’ foram os eventos que mais motivaram as hospitalizações, sendo as quedas preponderantes no grupo de idosos, levando a mais de 50% das internações nessa faixa etária (Minayo e Souza, 2002).

Como se vê, são grandes a magnitude e o impacto dos traumatismos, lesões e ferimentos advindos das causas externas na morbidade e na mortalidade da população mundial e, particularmente, no Brasil. Foi, portanto, a partir dessa preocupação que se elaborou este artigo, cujo objetivo é investigar se a comunidade científica está respondendo a esse problema social, através da sua produção bibliográfica.

METODOLOGIA DE TRABALHO

O levantamento da ‘produção nacional’ sobre causas externas abrangeu o período de 1990 a 2000. A metodologia usada para o levantamento do material aqui analisado foi a mesma referida no texto sobre análise das tendências. A análise desse material foi realizada anteriormente em pesquisa para o CNPq, por Souza & Minayo (2001). Após o encerramento daquela pesquisa, foi feita uma revisão dos resumos, na tentativa de complementá-los com dados essenciais que deles não constavam. Esses resumos constituem a base de informações do presente trabalho.

No conjunto da produção brasileira, foram considerados 165 resumos de todas as áreas/disciplinas da saúde, dos quais 66 foram classificados sob a denominação geral de 'causas externas'; 13 são sobre 'homicídios e tentativas'; 32 são relativos a 'suicídio e tentativas'; 32 sobre 'acidentes de trânsito' e 22 se referem a 'outros acidentes'.

A pesquisa sobre a 'bibliografia internacional' foi feita a partir de consultas às bases de dados: Bireme Medline, Lilac's, PsycInfo, Biological Abstracts, Sociological Abstracts. Nelas foram pesquisados os artigos publicados apenas no ano de 2000 referentes a causas externas. Do total de 1.627 artigos encontrados, 1.118 foram descartados por não se constituírem como trabalhos de cunho epidemiológico. Também eliminaram-se aqueles que estavam publicados em mais de uma base de dados. Restaram, portanto, 509 resumos de artigos, os quais constituem o acervo analisado.

As informações sobre a base consultada, periódico, país e ano de publicação, título do artigo, autor, temática ou causa externa específica abordada, ator social focado (criança, adolescente, jovem, adulto, idoso), tipo de estudo epidemiológico (descritivo ou analítico) e evento de saúde envolvido (morbidade, mortalidade ou morbimortalidade) foram armazenadas em um banco de dados do Epi-Info 6.0. Após uma análise crítica, esse banco permitiu efetuar, no SPSS, as análises quantitativas da produção (frequências absolutas e relativas) e as análises bivariadas das informações.

Paralelamente, foi feita uma análise qualitativa das informações extraídas dos resumos, do tipo análise de conteúdo, na qual se buscou identificar a concisão e completude do título do trabalho; a explicitação do referencial teórico; a descrição da metodologia empregada; os principais resultados encontrados e possíveis avanços obtidos com o mesmo, e as recomendações feitas pelos autores. Para a realização dessa análise qualitativa, selecionaram-se alguns temas considerados como mais representativos das causas externas. São eles: homicídios e tentativas; acidentes de transportes; suicídio e tentativas e quedas.

As duas categorias de produção – nacional e internacional – foram comparadas quanto a temas e frequências com que são publicados; semelhança ou diferença quanto ao uso de metodologias; teorias e fatores identificados como explicativos para a ocorrência dos eventos pesquisados; e, finalmente, quanto às propostas de medidas preventivas.

Antes de passar aos resultados, é importante destacar que a análise da produção nacional abrangeu artigos em periódicos, livros, capítulo de livro, dissertações, teses, manuais instrucionais de distribuição nacional e correspondeu a toda a década de 1990. A revisão da produção internacional incluiu apenas resumos de artigos em periódicos estrangeiros e somente o ano 2000.

CARACTERÍSTICAS GERAIS DA PRODUÇÃO NACIONAL E INTERNACIONAL

Nesta seção, apresenta-se um panorama geral dos resumos coletados, referentes à produção nacional – da década de 90 – e internacional – do ano de 2000. Na tabela 1, observa-se que, embora a produção nacional sobre causas externas se refira a uma década, a internacional, relativa a apenas um ano pesquisado, é bem maior.

Tabela 1 - Distribuição da produção nacional e internacional sobre causas externas, segundo o tipo de evento de saúde.

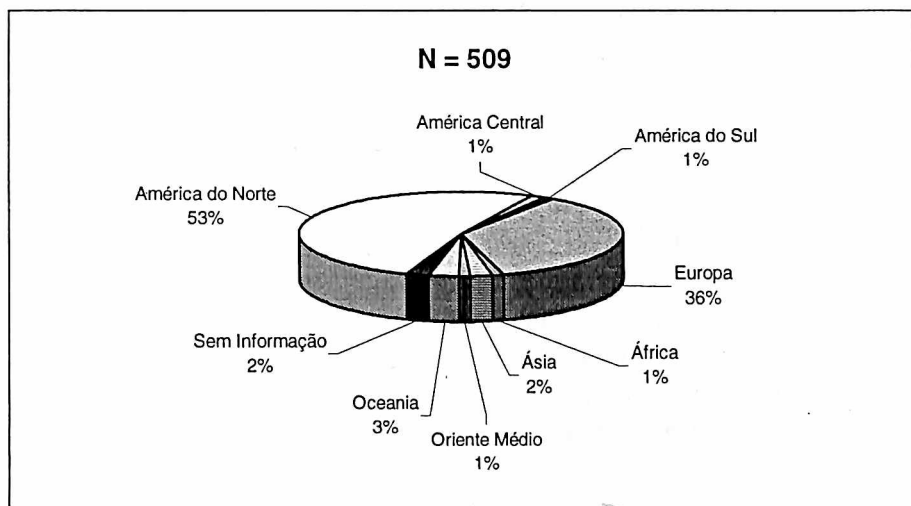
Tipo de evento de saúde	Produção Nacional 1990-2000		Produção Internacional 2000	
	N	%	N	%
Morbidade	50	30,3	287	56,4
Mortalidade	56	33,9	159	31,2
Morbimortalidade	59	35,8	52	10,2
Sem informação	0	0	11	2,2
Total	165	100,0	509	100,0

Outro dado interessante diz respeito ao fato de a produção nacional encontrar-se distribuída entre morbidade (30,3), mortalidade (33,9) e morbimortalidade (35,8), enquanto a maioria (56,4%) da internacional se refere à morbidade. Essa informação pode levar a supor, por um lado, que no Brasil o meio acadêmico está mais preocupado com o impacto dos acidentes e violências na morbimortalidade da população, enquanto nos demais países a reflexão já estaria dirigida para a morbidade e, portanto, mais próxima à prevenção da ocorrência desses eventos. Entretanto, é preciso lembrar que, no Brasil, os sistemas de informação existentes ainda são bastante precários no tocante à morbidade. Esse é, historicamente, um dos motivos pelos quais a comunidade científica nacional tem se ressentido de realizar trabalhos relativos à morbidade por causas externas.

Isso constitui um dado extremamente importante a se destacar, mostrando a necessidade de ampliação e mesmo de implantação de sistemas de informação e de vigilância voltados para o registro da morbidade por essas causas, que têm uma magnitude muitas vezes maior do que a mortalidade.

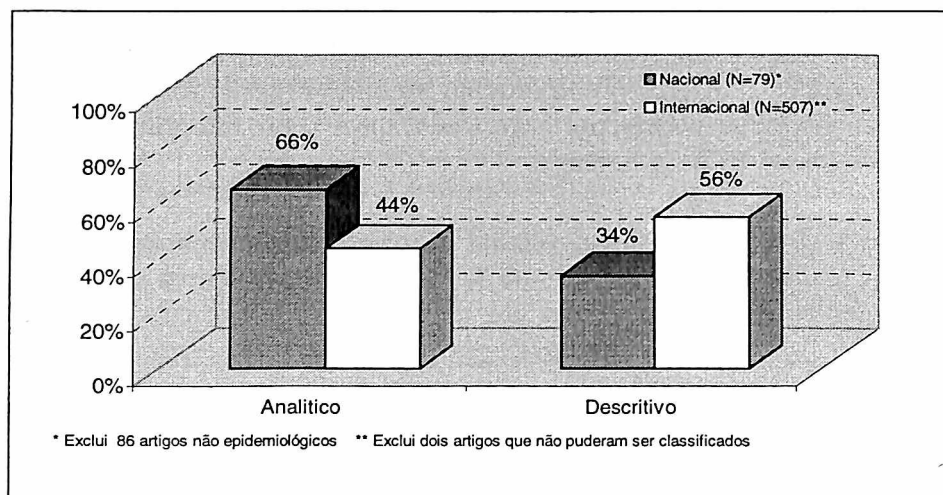
Em termos proporcionais, a produção internacional teve a grande maioria de seus artigos publicados na Medline (36,3%) e na PsycInfo (38,9%). Essas duas fontes, portanto, destacam-se como referências para a questão dos acidentes e violência.

Gráfico 1 - Distribuição proporcional da produção internacional sobre causas externas, no ano de 2000, segundo a área geográfica de publicação.



Como se vê no gráfico 1, a América do Norte é responsável por mais da metade dos artigos publicados na área, seguida pela Europa (36%). As demais regiões juntas contribuem com apenas 11% do conhecimento mundial sobre causas externas. Para a produção nacional de acidentes e violências, os campos de conhecimento com maior número de publicação foram saúde coletiva com 87 textos, medicina e enfermagem concentraram 27 estudos e saúde mental, 21. Os 30 trabalhos restantes referiam-se às demais áreas da saúde.

Gráfico 2 - Distribuição nacional e internacional sobre causas externas, no ano de 2000, segundo o tipo de estudo epidemiológico.

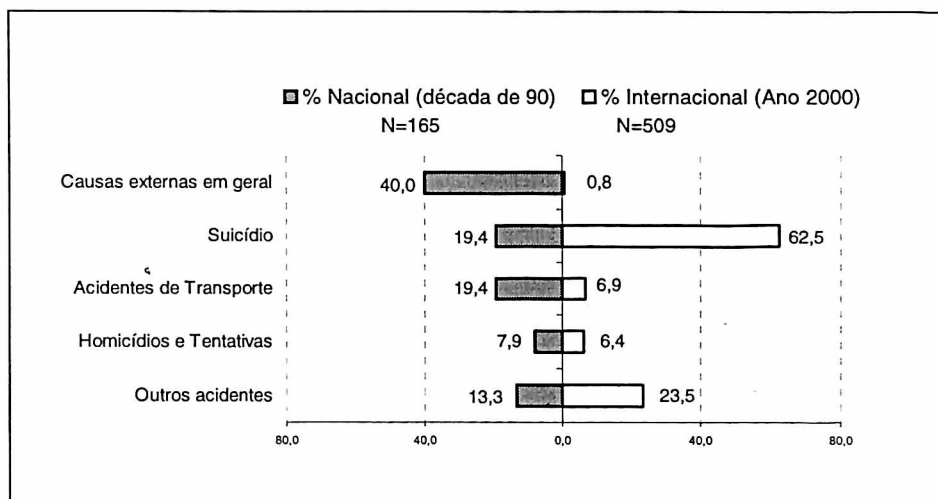


No gráfico 2, observa-se a predominância de estudos epidemiológicos do tipo descritivo na produção internacional. Isso se dá porque a maioria deles baseia-se, conforme se constatará mais adiante, em análises de dados secundários, oriundos de prontuários médico-hospitalares e de análises de mortalidade cuja fonte é a declaração de óbito. Já na produção brasileira, dentre os estudos epidemiológicos, houve uma predominância de estudos analíticos.

É preciso esclarecer que os estudos aqui classificados como analíticos não se referem ao sentido estrito de um estudo epidemiológico desse tipo. Nessa categoria, foram inseridos todos os trabalhos que não fossem mera descrição de dados e taxas, mas que mencionassem variáveis ou fatores associados à ocorrência dos eventos estudados.

Não se deve furtar, no entanto, de ressaltar que, por causa da complexidade inerente a cada tipo de causa externa específica e pela magnitude e impacto das mesmas, deveriam estar sendo apoiados e realizados estudos com metodologia mais refinada – inquérito, caso-controle, coorte – a fim de se obterem prevalências nacionais para os diferentes países, segundo as diversas causas externas. Tais análises poderiam, também, estar subsidiando o conhecimento de fatores associados (de risco e vulnerabilidade) e propostas preventivas.

Gráfico 3 - Distribuição da produção nacional e internacional sobre causas externas, segundo subgrupos específicos.



No gráfico 3, observa-se a distinção entre a produção nacional e internacional. Há uma nítida tendência na produção nacional de se trabalharem os acidentes e violências como conjunto, haja vista que 40% dos estudos são dessa abrangência. Já na produção internacional o conjunto das causas externas é bem pouco contemplado (0,8%).

Notam-se mais diferenciações nas ênfases dadas aos subgrupos da categoria causas externas. A produção internacional mostra a grande relevância dos estudos sobre suicídio, e a nacional divide-se entre esse tema e acidentes de trânsito. Interessante destacar que, embora no Brasil as taxas de mortalidade por homicídios sejam extremamente elevadas, em termos proporcionais, a produção brasileira sobre esse tema é bastante próxima da internacional, sendo contudo menor do que a quantidade de trabalhos dedicados ao suicídio, embora as taxas de mortes por esta última causa sejam relativamente baixas no país. Há evidências, portanto, da preferência dos pesquisadores brasileiros por análises genéricas das causas externas, havendo ainda pouco aprofundamento e problematização da complexidade dos principais eventos geradores de morbimortalidade no país – acidentes de trânsito e homicídio. Quando outros países priorizam o suicídio, é porque este é um problema central do seu perfil de morte e de morbidade. As distinções e semelhanças entre a produção nacional e a internacional, bem como um certo “colonialismo” em relação aos temas

pesquisados no país, sem serem os mais relevantes no conjunto dos acidentes e violências, foram também destaques em duas análises efetuadas anteriormente (Souza e Minayo, 2001; Minayo, 1990).

ANÁLISE QUALITATIVA DOS TEMAS SELECIONADOS

Acidentes de Transportes

Em relação a esse subgrupo de causa externa específica, foram encontrados 32 textos nacionais e 35 internacionais. Na 'produção nacional', oito trabalhos foram produzidos na primeira parte e 24, na segunda metade da década de 90, tendência que se observou em todas as outras causas externas específicas aqui analisadas. Dos 32 artigos nacionais, oito se referem especificamente à mortalidade, 15 à morbidade e nove juntam a morbidade e a mortalidade. Apenas dois apresentam título completo, mostrando todas as informações necessárias. A área da saúde pública é a que mais investiu na produção, com um total de 29 trabalhos. O campo da saúde mental apresenta um texto e a medicina clínica, dois.

Quanto à metodologia, destaca-se o fato de 27 artigos (84,4%) serem do tipo descritivo, enquanto os outros se dividem em dois estudos quantitativo, um analítico, um estudo de caso clínico e uma revisão teórica. A maioria dos textos sobre mortalidade consiste, sobretudo, de análises que utilizam os dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do Detran, do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e à Emergência (Siate), de necrópsias e de outros laudos do Instituto Médico Legal (IML). Os de morbidade trabalham com os Boletins de Ocorrência Policial, Autorizações de Internação Hospitalar (AIH) e Comunicações de Acidentes de Trabalho (CAT), onde se descrevem os locais do corpo mais atingidos, a relação entre atropelamentos e colisões, e as proporções entre mortes e as circunstâncias dos acidentes. Mais no fim da década, surgem estudos que geo-referenciam os locais onde se concentram as ocorrências, sugerindo medidas preventivas de riscos de mortes e lesões.

Muitos resumos não fornecem os resultados das pesquisas. Dentre aqueles que os relatam, alguns trabalham com a associação entre risco e tempo cronológico no caso dos acidentes de trânsito. Destacam o horário das 18 às 6 horas, isto é, o período da noite e madrugada, e os finais de semana como os momentos em que se concentram sobretudo as colisões. Para os atropelamentos são apontados os horários diurnos e o início da noite. Há um empate na quantidade de artigos que focalizam

as colisões e os que estudam os atropelamentos como sendo o tipo mais freqüente de acidente de transporte. No caso específico de mortalidade, os atropelamentos são mais destacados e considerados mais significativos do que as colisões.

Em sua maioria, os estudos definem o perfil das vítimas de maior risco como sendo pessoas nas faixas de idade de 5 a 39 anos e do sexo masculino. O grupo social mais abordado, portanto, é o jovem do sexo masculino. Alguns estudos, no entanto, indicam que as principais vítimas nos casos de atropelamentos são as crianças. E no caso de adultos, vários autores mostram associação entre consumo de álcool e acidentes. Os carros de passeio são apontados como o tipo de veículo mais envolvido em acidentes, havendo dois estudos que apontam os riscos no uso de motocicletas.

A morbidade é abordada, geralmente, levando-se em conta a gravidade das lesões e traumas, índices anatômicos e fisiológicos das vítimas de traumatismos, idade, sexo e local que estas ocupavam no veículo, se usavam dispositivo de segurança, se eram pedestres ou motorizadas. Alguns trabalhos analisam os atendimentos pré-hospitalares, de emergência e de casuística dos pacientes atendidos. O traumatismo de crânio configura-se como a lesão mais freqüente e mais grave nas ocorrências dos politraumatizados, vindo a seguir as lesões de medula, que deixam cerca de 50% dos que as sofrem com seqüelas e incapacidades físicas.

Destaca-se a grande quantidade de artigos direcionados ao estudo epidemiológico de acidentes de motocicletas, mostrando a compreensão da prevalência desse tipo de evento que hoje vitima mais que os acidentes por automóveis ou coletivos. Apenas dois trabalhos analisam conceitualmente o acidente de trânsito associando-o à noção de violência. Um deles (Grisci, 1991), a partir de um instrumento de medida (Teste Gestáltico Visomotor Bender) aplicado a dois grupos, o primeiro, de motoristas já envolvidos em histórico de acidentes e o segundo, de motoristas sem esse histórico, encontrou diferenças altamente significativas no tocante à agressividade da atuação. O outro texto (Mello Jorge, 1998) faz revisão bibliográfica de autores que trabalham as especificidades e significados da violência no mundo de hoje. Com exceção desses, não há teorização sobre o tema, o que significa que sua abordagem é naturalizada.

Dois artigos demonstram a melhora nos níveis de morbimortalidade após a vigência do novo Código de Trânsito Brasileiro/CTB (Bastos, Andrade & Cordoní Júnior, 1999) e das leis de obrigatoriedade do uso de capacetes para os motociclistas (Koizumi, 1990). Porém, alguns indicam que, na maior parte do Brasil, há uma tendência de aumento nas taxas de mortalidade por acidentes de transporte.

Vários textos, sobretudo teses, aludem claramente à problemática dos serviços, considerando que a sobrevivência das vítimas está fortemente ligada à adequação do atendimento pré-hospitalar. Nesse caso, assinalam que o manejo dos traumatizados deve ser um conhecimento generalizado para toda a sociedade, na medida em que o risco é potencial a todos, tanto motoristas quanto passageiros e pedestres. Alguns referem-se, especificamente, aos serviços de emergência, ressaltando que necessitam ser fortemente apoiados pelo sistema de saúde, na busca de seu aperfeiçoamento. Nota-se uma lastimável ausência de textos sobre a etapa de recuperação e reabilitação. Essa omissão de pesquisa corresponde também à pouca atenção do sistema de saúde a essa fase do tratamento que fica, freqüentemente, delegada aos cuidados privados das famílias. Embora existam serviços públicos de alta qualidade humana e técnica, dedicados à reabilitação, esses são absolutamente insuficientes para a magnitude das necessidades das pessoas com seqüelas e traumas. Apenas um artigo (Bastos, Andrade & Cordoni Júnior, 1999), já citado anteriormente, analisou a influência do Código Nacional de Trânsito na diminuição de vítimas seqüeladas e de mortes, mostrando que faltam investimentos na educação, fiscalização e punição dos transgressores, ações insubstituíveis e urgentes do poder público. A diminuição de um fenômeno tão grave, em grande parte, depende de comportamentos humanos corretos e apropriados, tanto em relação aos veículos e a seu manejo quanto aos usuários motoristas, passageiros e pedestres.

Poucos são os artigos que trazem algum tipo de recomendação. Um deles ressalta a necessidade do uso de capacetes por motociclistas, visando à redução da mortalidade nos acidentes (Liberatti, 2000). Outro artigo cita a importância da melhoria no sistema de fiscalização e repressão de motoristas infratores do CTB e da urgência de ações educativas para o trânsito (Bastos, Andrade & Cordoni Júnior, 1999). Finalmente, um resumo fala da importância da melhoria na infraestrutura viária brasileira, da necessidade de maior controle na emissão de carteiras de habilitação, de maior rigor na fiscalização e, também, do fim da impunidade (Barros, 1994).

Na 'produção internacional', 54,3% dos textos se referem à morbidade e 28,6% à mortalidade. Quanto ao tipo de estudo, 65,7% são descritivos e 34,3% são analíticos. No ponto de vista metodológico, foram identificados, principalmente, análises de tendências e estudos prospectivos que indicam o aumento das mortes e da morbidade por acidentes de transporte. As fontes de dados para a realização da maioria desses estudos são os registros hospitalares. Poucos estudos possuem abordagens qualitativas associadas.

As caracterizações realizadas evidenciam que a maioria das vítimas de acidente de trânsito são homens jovens. Os fatores de risco mais citados são o consumo de drogas (incluindo álcool e estimulantes), o comportamento agressivo no trânsito e a negligência quanto ao uso dos equipamentos de segurança. Nenhum dos trabalhos pesquisados propõe medidas assistenciais. Alguns deles sugerem medidas preventivas como campanhas de conscientização e educação da população sobre o uso dos equipamentos de segurança. Um artigo específico (Ansari et al., 2000), que trata da realidade da Arábia Saudita, propõe o uso obrigatório do cinto de segurança, denotando as diferenças existentes quanto à implantação das leis relativas ao uso de equipamentos de segurança no trânsito.

Suicídio e Tentativas

Foram encontrados 32 textos nacionais e 318 internacionais sobre esses eventos específicos. No conjunto da 'produção nacional', 12 trabalhos são da primeira metade e 20 da segunda parte da década de 90. Dois artigos são teórico-conceituais; 18 tratam de tentativas e 12, de suicídios consumados. Desses, 16 estudos foram elaborados por pesquisadores do campo da saúde mental, vindo em primeiro lugar trabalhos de psiquiatria e, em segundo, da psicologia. Um número pequeno de resumos explicita o referencial teórico, sendo alguns destes ligados à Psiquiatria (Valença et al., 1998; Bandim, Fonseca & Lima, 1997; Botega et al., 1995; Rapeli & Botega, 1998), e ao enfoque fenomenológico existencial (Mello, 2000). Outros abordam o problema com os referenciais da Saúde Pública e da Enfermagem. Um dos artigos pode ser considerado interdisciplinar, pois parte de referenciais da Psiquiatria, Psicanálise, Psicologia Social (Cassorla, 1991). Do âmbito da saúde coletiva são 14 textos, dos quais a maioria usa abordagem epidemiológica; em menor grau utilizam as ciências sociais; e há dois artigos da área médica.

No que concerne à questão metodológica, há seis trabalhos de revisão bibliográfica. Dos estudos empíricos e dos que analisam dados secundários, 14 apenas quantificam as informações ou são epidemiológicos; nove usam método qualitativo; dois combinam abordagem qualiquantitativa; e um é estudo de caso. Grande parte dos trabalhos são pesquisas quantitativas, mas há alguns qualitativos com a utilização do método clínico.

Nos estudos de dados secundários, as principais fontes são os centros de informações e de assistência toxicológica e arquivos de Institutos Médicos Legais. Uma pesquisa foi realizada com dados do setor de urgências psiquiátricas de um hospital-escola de Ribeirão-Preto – SP (Teixeira & Luis, 1997).

É assinalada, em grande parte dos trabalhos, a complexidade das situações autodestrutivas que culminam com o suicídio. Os autores referem que muitas delas se realizam no cotidiano em formas aparentemente alheias ao fenômeno, como é o caso da drogadição (as mais usadas são a maconha e a cocaína), de doenças desenvolvidas pela perda de vontade de viver ou de acidentes e sofrimentos auto-inflingidos, por exemplo. E alguns fatores de risco também são relacionados às tentativas ou ao suicídio: dificuldades financeiras, doenças mentais e outros.

A maioria dos autores associa problemas de depressão (do ponto de vista psiquiátrico) ao alto nível de tensão interna, à impulsividade provocada pelo sentimento de inadequação, e à forma de encarar perdas e problemas familiares, considerando o peso das relações primárias e do processo de identificação na formação do indivíduo. Desse modo, a tentativa de suicídio é apresentada também como forma de expressão de conflitos familiares. Alguns autores correlacionam também o uso de drogas, álcool e de agrotóxicos com o desenvolvimento da ideação e de tentativas de suicídio por *overdoses*.

Os autores, em sua maioria, ressaltam que os indivíduos que tentam o suicídio geralmente apresentam desesperança, depressão, antecedentes de autodestruição e desentendimento com pessoas próximas e co-morbidade entre transtorno de pânico, ansiedade, depressão e suicídio. As vítimas mais citadas nos casos de tentativas são os adolescentes e adultos jovens, de 12 a 30 anos, solteiros(as) e mulheres com nível de educação formal muito baixo. As análises mostram que esses jovens, além da sintomatologia depressiva, revelam falta de expectativa em relação ao futuro e fatores relacionais familiares e sociais que exercem papel predisponente decisivo.

Vários autores indicam que, atualmente, os métodos de suicídio mais usados são a *overdose*, excesso de medicamentos, envenenamento por agrotóxicos e armas de fogo. É bastante comum o uso de medicamentos nas tentativas, sobretudo por parte de mulheres. As substâncias mais freqüentemente usadas são antiinflamatórios, analgésicos e anti-reumáticos, todos adquiridos legalmente nas farmácias, mas de forma ilícita. Os trabalhos mostram que os homens que tentam o suicídio preparam-se detalhadamente, usam meios mais eficazes para a consumação de seu ato e solicitam menos ajuda para superar ideias e tentativas. É ressaltada, como uma tese geral, que um maior número de mulheres tenta o suicídio e um número maior de homens consuma o ato.

Há três trabalhos sobre suicídio em população indígena, chamando atenção para a necessidade de se diferenciar a cultura desses grupos, em que tal fenômeno tem outras conotações dentro da sua cosmovisão.

Um deles fala sobre o suicídio entre os jovens índios kayowas, visando a levantar explicações psicológicas para o problema. O autor supõe que existe um conflito entre uma identidade coletiva tribal e uma identidade individual próxima da cultura branca, advinda do processo de aculturação pelo qual estão passando (Terra, 1994). O segundo destaca hipóteses levantadas sobre fantasias relacionadas a suicídios entre índios guaranis (Cassorla e Smeke, 1994). O terceiro trata de uma etnografia na qual a autora aborda índios ticunas do Alto Solimões, fazendo uma crítica quanto à utilização do conceito de anomia para a análise do suicídio indígena (Erthal, 1998).

Dentre as categorias profissionais mais vulneráveis à ideação e à consumação do ato suicida, dois estudos destacam os estudantes de medicina. Os altos índices de suicídio entre empregadas domésticas do Rio de Janeiro é tema de um outro artigo (Santos-Stubbe, 1995). Vários autores ressaltam a necessidade de prevenção do suicídio, exigindo dos profissionais e dos mais próximos maior atenção aos sintomas e sinais indicadores de risco. Os trabalhos se voltam para a avaliação dos serviços de atendimento e acompanhamento da população que tenta suicídio. Alguns deles assinalam a necessidade de aumentar a vigilância sobre determinados medicamentos. Outros autores ressaltam a necessidade de preparação dos profissionais de saúde, tornando-os mais sensíveis e capazes de fazer diagnósticos preventivos e oferecer uma atenção adequada.

Um dos artigos ressalta que maior atenção social e psiquiátrica deve ser dada aos idosos, com controle rigoroso sobre a prescrição e a distribuição de medicamentos, medidas essas fundamentais para a diminuição das taxas de suicídio nessa faixa de idade (Schmitz, Soares & Torres, 1992).

Serralta (1999) e Corrêa (1996) afirmam que a maior atenção por parte de especialistas e a avaliação do risco de suicídio é o melhor meio de prevenção. Segundo este último autor, como a maioria dos suicidas encontra-se deprimida e busca auxílio psiquiátrico ou psicológico antes de atentar contra a própria vida, é recomendável uma avaliação cuidadosa do potencial suicida entre as pessoas com problemas de depressão.

Na 'produção internacional' poucos autores explicitam o referencial teórico com que trabalham, e quando o fazem adotam conceitos da área de Psiquiatria. As teorias de Durkheim e a dos fatores de risco são as mais citadas. O método utilizado também não é citado na maior parte das pesquisas. Dentre os identificados encontram-se estudos de caso-controle; análise de tendências, estudos prospectivos ou de coorte. Com menor frequência foram encontrados inquéritos epidemiológicos (*surveys* e *cross-seccional study*). Dentro da análise do fenômeno do suicídio, 58,2% dos resumos se referem à morbidade, 33,6% à mortalidade e 6,9%,

à morbimortalidade. Quase metade da produção neste tema constitui-se de trabalhos analíticos e a outra metade é de estudos descritivos.

A maior parte dos estudos está constituída de pesquisas quantitativas puras, e muitas utilizam, complementarmente, métodos qualitativos como entrevistas com o próprio indivíduo (no caso de tentativas) e familiares. Em termos de técnicas utilizadas, geralmente são aplicados questionários, escalas psicológicas, entrevistas, autópsias psicológicas e avaliações psiquiátricas.

Quando se trata de mortalidade, as fontes de dados mais utilizadas são as estatísticas oficiais. Alguns estudos utilizam a análise de registros de autópsias de vítimas de suicídio. Quando se analisa a morbidade, os registros hospitalares de atendimento a pessoas que tentaram suicídio, estudantes e pacientes internados em instituições psiquiátricas são as principais fontes.

Segundo vários autores, os indivíduos que cometeram suicídio costumam apresentar as seguintes características: depressão, esquizofrenia e outros transtornos psiquiátricos, baixa auto-estima, desesperança e, com menor frequência, personalidade agressiva.

Os fatores de risco mais destacados são: uso de álcool e outras drogas, situação de desemprego, experiência de abuso sexual, baixo *status* socioeconômico, falta de coesão familiar, história familiar de suicídios, tentativas anteriores e intenção verbalizada de suicídio. No caso dos jovens, vários pesquisadores ressaltam como fatores determinantes o suporte pouco frequente dos pais, parentes e companheiros, o divórcio ou a ameaça de separação dos pais e a vivência com pais alcoólicos. Para o idoso, a participação em atividades religiosas é citada como fator protetor, pois vários estudos mostram essa associação como positiva para a diminuição do risco de suicídio (Nisbet et al., 2000).

Os métodos mais citados para perpetrar a autodestruição são: armas de fogo, envenenamento por monóxido de carbono, enforcamento, *overdose* de drogas e asfixia. Os homens têm tendência a utilizar métodos mais violentos e eficazes que as mulheres.

Os fatores biológicos estudados por muitos autores são os seguintes: polimorfismos do código genético (Chong et al., 2000), obesidade (Carpenter et al., 2000), nível de colesterol (Alvarez et al., 2000), influência do ciclo menstrual (Basoglu et al., 2000), tensão pré-menstrual e doença de Huntington (Whalin et al., 2000). Alguns estudos citam a influência dos fatores meteorológicos e das estações do ano no comportamento suicida. Os resultados desses trabalhos evidenciam a associação entre clima e aumento de casos de suicídio.

Pesquisas demonstram que algumas profissões específicas aparecem, com maior frequência, associadas a elevadas taxas de suicídio. Dentre elas destacam-se as dos trabalhadores em rede elétrica e os médicos. Alguns artigos sobressaem-se pela análise bastante esdrúxula que fazem do fenômeno do suicídio. Primeiramente, por abordarem um fenômeno de grande complexidade através de explicações unicausais. Em segundo lugar, por se utilizarem de causas insólitas para explicá-lo. É o caso de um autor que mostra a relação entre suicídio e o gosto pelas músicas *blues* (Stack, 2000), outros que o associam a pessoas que usam tatuagens (Dhossche, Snell & Larder, 2000). Há quem considere a bissexualidade ou a homossexualidade risco para suicídio (Van Heeringen & Vincke, 2000). Um autor, parece simplificar mais ainda a questão, associando a cultura islâmica à tendência de auto-extermínio (Lester, 2000).

Encontrou-se um artigo que trata de rituais de suicídio coletivo ocorridos tanto na Guiana (América do Sul) como em Uganda (África), evento este considerado histórica e socialmente atípico, aparecendo pela primeira vez perto da virada do milênio (Graham, 2000). Um dos textos investiga o impacto da tragédia da princesa Diana no aumento de suicídios, concluindo que a morte de uma importante figura pública pode influenciar culturalmente o comportamento suicida de mulheres na faixa de 25 a 44 anos de idade (Hawton et al., 2000).

Poucos artigos analisados apresentam soluções preventivas ou fazem quaisquer outros tipos de recomendações. Algumas propostas, no entanto, são notórias e merecem ser destacadas. Por exemplo, foi sugerida maior atenção às pessoas com problemas de depressão, de comunicação familiar e de baixa auto-estima. Um dos estudos, ressalta a importância da adoção de medidas preventivas semelhantes às utilizadas em Cuba no Programa Nacional de Prevenção à Conduta Suicida, que oferece apoio médico e psicológico à pessoa e a sua família (Laferté Trebejo & Laferté Trebejo, 2000).

Homicídio e Tentativas

Em relação a esses eventos foram encontrados 46 textos. Desses, 13 são nacionais e 33, internacionais. Na 'produção nacional', dois trabalhos são da primeira metade da década de 90 e os demais referem-se à segunda metade da década. A maioria dos textos foi elaborada na área de saúde coletiva, dividindo-se entre abordagens de ciências sociais e de epidemiologia ou juntando as duas disciplinas. Somente um texto dentre os selecionados vem da Psiquiatria, relacionando o homicídio à psicopatia (Josef & Silva, 1999).

Podem-se identificar, como métodos utilizados nas abordagens, estudos de caso-clínico, análise de tendências e estudo do tipo corte transversal. Os dados foram obtidos a partir de aplicação de escalas, do uso do Sistema de Informações sobre Mortalidade e de censos demográficos. A maioria dos artigos e teses constitui-se ou de análises de dados secundários do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) em relação ao Brasil, ou de análise dos sistemas de informação das unidades federadas, quando se trata de abordagens específicas sobre elas.

A concentração dos trabalhos (oito deles) se dá na modalidade da epidemiologia analítica, havendo em dois trabalhos o uso de técnicas de geo-referenciamento. Em um deles, a partir da distribuição espacial dos óbitos e da população, foi efetuado o método de alisamento de Kernel (Santos, 1999). Os demais se distribuem nas categorias de estudos descritivos, clínicos e interdisciplinares.

A maior parte são pesquisas quantitativas. O estudo de Sant'anna (2000), que usa metodologias quantitativa e qualitativa e que trata da "vulnerabilidade ao homicídio", possibilitou realizar visitas domiciliares às famílias de jovens assassinados e analisar tanto dados primários como secundários, no caso, a declaração de óbito. Alguns estudos também utilizaram informações de laudos necroscópicos.

Boa parte dos trabalhos é rigorosa nos métodos de pesquisa, mas não apresenta abordagem teórica e contextual e nem refina os instrumentos de análise que permitiriam aprofundar a temática em questão.

A análise do conteúdo da produção evidencia que a abordagem conceitual dos homicídios no país ressalta o crescimento desse fenômeno como uma construção social, passível de ser modificada a partir da própria sociedade e do Estado. Os estudos que colocam questões teóricas sobre o tema (apenas três) interpretam o homicídio de forma articulada a questões sociais, estruturais, conjunturais e intersubjetivas, vinculadas ao momento histórico. No entanto, a maioria dos autores, mesmo nos estudos descritivos, associa o aumento e a distribuição socioeconômica e espacial das mortes às desigualdades sociais e às situações conflituosas dos grandes centros urbanos, onde ocorre a maior parte dos homicídios. O problema é explicitado como a expressão brutal de graves questões sociais, mas também a de relações interpessoais no espaço público e privado.

O homicídio é apontado como principal causa de morte prematura (APVP – anos potenciais de vida perdidos), caracterizando-se como problema da saúde pública (Arnold, 2000). Há um consenso entre todos os autores de que a população jovem, do sexo masculino, residente nas áreas periféricas das grandes cidades é a maior vítima e também o maior grupo

de agressores diretos. A arma de fogo é apontada, hoje, como o método mais frequentemente utilizado para perpetrar o homicídio.

Apenas um artigo discute a problemática do agressor e o faz sob o viés da psicopatologia, associando alterações frontais a tendências ao cometimento de homicídio (Josef & Silva, 1999). Esse tipo de estudo reproduz teorias há muito consideradas inadequadas e reducionistas para a compreensão do fenômeno na realidade brasileira que, para o seu diagnóstico, embora necessite levar em conta fatores biológicos, possui uma dinâmica sócio-histórica muito mais complexa.

Os trabalhos identificam um crescimento linear dos homicídios, denotando a deterioração das condições de vida urbana. A questão da impunidade foi apontada como um processo que se vincula à não-solução dos graves conflitos urbanos e se constrói também nas agências de segurança e justiça. Resultados de pesquisa mostram que a forma como se dá a administração da Justiça Criminal, através das instituições de segurança e justiça, acaba por favorecer a impunidade (Mesquita, 1998).

Poucos estudos apresentam soluções preventivas, mas evidenciam a fragilidade, na prática, do direito à proteção da vida na sociedade brasileira. Dada a especificidade dos homicídios, um fenômeno eminentemente social, os trabalhos pouco se vinculam às questões específicas dos serviços de saúde. Mesmo assim, alguns artigos e teses chamam atenção para a necessidade de se melhorar a qualidade dos dados a partir de sua origem, a necessidade de se incorporar a vigilância de acidentes e violência no planejamento do sistema local de saúde e o papel das políticas de prevenção, proteção e promoção social, sobretudo, em relação à população de baixa renda em geral (focalizando os jovens), segmento social em que se localiza grande parte das vítimas. A produção sobre o tema está concentrada em São Paulo e no Rio de Janeiro, vindo a seguir textos elaborados em Porto Alegre e Fortaleza. Essa concentração poderia ser explicada pela magnitude do fenômeno nesses dois espaços, mas também pela relevância dos grupos de pesquisa aí consolidados.

Dos 33 'artigos internacionais', 14 (42,4%) referem-se à mortalidade por homicídio, 17 (51,5%), à morbidade ou agressões, e 2 (6,1%), à morbimortalidade por homicídio e tentativas; 17 resumos foram classificados como estudos descritivos, 15, como analíticos, e um não permitiu classificação quanto à metodologia. Quando focalizam a mortalidade, a maioria dos autores realiza análises de tendências. Alguns trabalham com estudos de caso-controle. Dois estudos analisam características de pessoas que cometeram assassinato e abuso sexual (Myers & Monarco, 2000; Folino, 2000). Outro dá uma ênfase diferente do usual, pois investiga os homicídios segundo local de trabalho e categorias profissionais (Moracco et al., 2000).

Ao abordarem as agressões e tentativas de homicídios, a maior parte dos autores se utiliza de aplicação de questionários e entrevistas com as vítimas. Também há estudos de seguimento e de prevalência através de consultas telefônicas e instrumentos de autopreenchimento.

Os textos sobre homicídios, em sua maioria, informam apenas a causa externa específica em seus títulos, não explicitando a data, o local onde o estudo foi realizado e nem o grupo focalizado. De outro modo, também não é possível identificar, a partir dos resumos, quais os referenciais teóricos utilizados nas análises.

A principal fonte de dados dos artigos sobre homicídios são, em geral, registros hospitalares e estatísticas de mortalidade da saúde e da justiça. Os fatores de risco mais citados na perpetração de homicídios são os seguintes: o porte de armas de fogo (legal e ilegal); problemas psicológicos; consumo de drogas e álcool associado à disponibilidade de armas brancas ou de fogo; e condições socioeconômicas desfavoráveis. As principais vítimas desse tipo de violência são os jovens do sexo masculino, que vivem em áreas com baixa qualidade de vida. No caso de homicídios em locais de trabalho, as principais vítimas são os homens, trabalhadores autônomos, especialmente taxistas (Moracco et al., 2000), e profissionais da área de segurança.

Embora a arma de fogo seja o principal meio pelo qual se perpetram os homicídios, é estranho que apenas dois artigos proponham a limitação ou proibição do porte desses instrumentos como medida de prevenção para o homicídio (Hemenway & Miller, 2000; Villaveces et al., 2000). Este último autor analisa a realidade de duas cidades colombianas. Uma informação que pode explicar a ausência de sugestão para o controle do porte de armas de fogo é que a grande maioria dos artigos sobre homicídios foi publicada nos Estados Unidos, onde o uso dessas armas é amplamente disseminado e naturalizado. Um trabalho inglês recomenda a implantação de política voltada para a prevenção das mortes por homicídio, aludindo a medidas de conscientização da população sobre o uso de substâncias e relativas a políticas públicas de redução das desigualdades sociais (Preti & Miotto, 2000).

Vários autores analisam o fenômeno das agressões e tentativas de homicídio a partir das informações sobre violência no ambiente escolar e doméstico. De maneira geral, destacam a vitimização da mulher no âmbito familiar pelo homem.

Diversos estudos sobre violência doméstica contra mulheres associam consumo de drogas aos eventos de agressão e se referem ao uso de instru-

mentos e objetos na perpetração dos atos. Assim, Higgins & McCabe (2000) destacam o freqüente consumo abusivo de álcool pelo marido violentador. Soyibo & Lee (2000) ressaltam certas técnicas verbais e armas utilizadas para infringir maus-tratos às mulheres, como o uso de palavras desagradáveis (violência psicológica), de pedaços de gelo, de facas, de revólveres e dos próprios membros (braços e pernas) em atos violentos como socos e golpes (violência física). Os textos sobre agressão destacam a presença do álcool como um fator extremamente importante na violência entre casais, sendo este um fator facilitador de agressões físicas e verbais.

Autores analisam também como os idosos são vítimas freqüentes de violência doméstica, sobretudo por parte de enteados e filhos, conforme destacam Cham & Seow (2000). Vários autores também chamam atenção para a pouca visibilidade que ainda tem o tema da violência contra o idoso, crendo que sua prevalência é muito maior do que a que se conhece.

A violência sexual é tratada num artigo no qual se investiga a associação entre o consumo/utilização de material pornográfico e comportamentos sexuais agressivos (Malamuth, Addison & Koss, 2000). Um dos autores analisa o consumo de álcool por mulheres e a vulnerabilidade delas a essa forma de adicção (Testa, Livingston & Collins, 2000). Um artigo específico aborda particularmente o elevado índice de PTSD (*posttraumatic stress disorder*) em ex-combatentes de guerra (Begic, 2000).

A maioria dos textos, entretanto, não apresenta quaisquer propostas para redução ou prevenção das diferentes formas de violência que podem conduzir a homicídios.

Quedas Acidentais

Foram encontrados 32 textos relativos a essa causa externa específica, dois nacionais e 30 internacionais. Na 'produção nacional', os dois artigos são da área da pediatria, um deles é descritivo e o outro é analítico.

O perfil mais freqüente das vítimas é o de meninos acima de nove anos, e a lesão mais comum é o traumatismo nos membros (Baracat, 2000). Os estudos mostram que os dias de maior ocorrência de acidentes são o sábado, segunda-feira e quarta-feira; o período da tarde predomina sobre os demais horários (Del Ciampo, Ricco & Muccillo, 1997). Nenhum dos dois artigos faz qualquer tipo de recomendação para a prevenção.

Na 'produção internacional', nenhum dos textos refere o embasamento teórico de sua abordagem. Os métodos utilizados para análise também não são citados na maior parte dos artigos. No entanto, pode-se identificar,

principalmente, alguns dos tipos caso-controle, análise de tendências e prospectivos. As principais fontes de dados são os registros hospitalares e os questionários respondidos pelas vítimas desses acidentes. Poucos estudos são complementados por metodologias qualitativas.

Cerca de 83% dos textos abordam a morbidade e 16,7% a morbimortalidade; 46,7% são estudos epidemiológicos analíticos e 53,3% são descritivos. Os idosos, como na literatura nacional, aparecem como a principal vítima de quedas. Fatores de risco ambientais surgem como os mais citados, principalmente em relação à estrutura inadequada das casas e enfermarias (Gill, Willians & Tinetti, 2000); em seguida vêm problemas de saúde física ou mental e o uso de determinados medicamentos que afetam o equilíbrio do paciente (Ray et al., 2000).

Poucos textos explicitam propostas preventivas. Quando mencionadas, elas aludem a modificações na estrutura dos cômodos da casa e das enfermarias (Kempton et al., 2000; Gill, Willians & Tinetti, 2000).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A primeira menção a ser feita diz respeito aos limites do presente trabalho. Tem-se consciência da fragilidade da análise que se fez, sobretudo, da produção internacional, baseada apenas em resumos. Isso é, de certa forma, compensado pelo fato de que se teve acesso à íntegra dos textos nacionais. Desse modo, as dificuldades de detalhamento e aprofundamento de determinados itens de interesse para maior entendimento analítico ficaram restritas aos trabalhos internacionais. Apesar dessas ressalvas, é possível apontar algumas características na produção investigada.

Em segundo lugar, é preciso evidenciar que salta aos olhos o quão incompletos são os títulos dos trabalhos nacionais e internacionais. Em sua grande maioria eles omitem informações essenciais como o sujeito alvo, o período e o local estudados. Isso é inaceitável em artigos epidemiológicos que efetuam análises temporais de dados relativos a populações específicas. Também merece comentário a forma pouco informativa com que são escritos resumos tanto em artigos quanto em teses, não permitindo uma visão concreta dos objetivos, do método e do conteúdo dos trabalhos. Via de regra, eles também não explicitam o aporte teórico no qual os trabalhos se baseiam.

Uma das necessárias constatações diz respeito à amplitude da produção internacional, mesmo referente a um ano, quando comparada com a nacional coletada para uma década. Vale ressaltar que apenas nos Estados

Unidos foram publicados 48,1% (245 artigos) da produção científica mundial em 2000. Essa informação comparativa evidencia a necessidade de mais investimento brasileiro num tema que hoje constitui enorme relevância no perfil de mortalidade e de morbidade. Hoje, o país conta com, no máximo, meia dúzia de revistas científicas de boa qualidade e abrangência, nas quais os estudiosos têm de esperar até mais de um ano para que seus artigos venham a ser publicados. É importante destacar também a carência de sistemas de informações abrangentes sobre a morbidade por acidentes e violência nacionais e a urgência de implantação de sistemas de vigilância, tanto para a morbidade quanto para a mortalidade.

É fundamental ressaltar os variados níveis de interesse que os temas específicos despertam em diferentes realidades. Por exemplo: 'causas externas' em geral são mais representadas na produção nacional do que na internacional. Em compensação, o 'suicídio' tem grande repercussão na produção internacional, não tendo a mesma frequência de abordagem na realidade nacional. Isso pode estar refletindo um padrão de preocupação social mais ou menos abrangente em relação a essas causas, o que é importante. Mas também sugere o pequeno investimento na complexidade de fenômenos específicos, pois há pouco detalhamento e aprofundamento dos temas estudados.

Fica patente que as causas externas, em seu conjunto, afetam mais a população jovem. Porém algumas causas específicas têm como vítima preferencial outros grupos sociais. As mais frequentes vítimas das 'quedas' são os idosos; dos 'acidentes de transporte' são adultos jovens; 'dos homicídios', jovens do sexo masculino; e dos 'suicídios', jovens, adultos e idosos; e das 'violências domésticas', crianças, adolescentes e mulheres.

No Brasil, as abordagens se dividem quase que igualmente em estudos de morbidade e de mortalidade, indicando que os pesquisadores brasileiros estão amplamente preocupados tanto com os efeitos mais graves e letais dos eventos acidentais e violentos, quanto com as lesões e traumas não fatais por eles provocados. Já nos trabalhos de outros países, a tendência é de maior focalização da morbidade, talvez por se tratar de realidades onde as causas externas não têm amplitude nem impacto tão intensos.

É importante ressaltar que as medidas de prevenção sugeridas nos trabalhos são, em geral, restritas e dirigidas ao nível dos comportamentos individuais, o que pode ser reflexo da ausência de referenciais teóricos dos estudos, que possibilitem a realização de inferências e generalizações. No caso dos textos eminentemente quantitativos aqui analisados, observa-se que eles tendem a se resumir à mera descrição dos números, como se os mesmos se explicassem por si sós. Exceção se faz a abordagens interna-

cionais sobre suicídio, que aprofundam e detalham mais o conhecimento, complementando suas informações quantitativas com dados qualitativos.

Uma tendência inicial de triangulação de métodos foi observada também nos estudos nacionais sobre homicídio, talvez pelo fato de esse ser hoje um problema de extrema relevância no Brasil e de estar vinculado a uma forte crise social nas grandes cidades, gerando preocupações explicativas.

No tocante às causas externas específicas, os textos sobre acidentes de transporte apresentam medidas preventivas pouco específicas nos trabalhos nacionais, e voltadas para o nível individual, nos internacionais. Ambas as modalidades de literatura dão uma visão ampla sobre esse tema, enfocando os vários tipos de acidentes. Um dado a ser destacado é a ausência, no Brasil, de estudos específicos sobre 'quedas' (assunto tratado sempre em textos de reflexão mais geral) no grupo de idosos, talvez por ser este um tema ainda recente na pauta de preocupações do setor da saúde.

As produções científicas nacional e internacional apresentam características semelhantes em relação às análises dos homicídios. Ambas destacam o problema do porte e uso de armas de fogo associado ao uso de drogas, como de alta relevância para a mortalidade de jovens. A maior incidência em grupos sociais mais pobres e que vivem em periferias urbanas ressalta que essas mortes expressam desigualdades sociais profundas e exclusão socioeconômica nas diferentes áreas do mundo.

Quanto ao suicídio, foram observadas algumas diferenças no que se refere aos atores sociais (populações específicas como índios e empregadas domésticas são abordadas na produção nacional), aos métodos (mais revisões e estudos descritivos na produção nacional) e, sobretudo, aos fatores de risco identificados nos estudos nacionais e internacionais. Alguns autores americanos e um da Dinamarca investigam inclusive fatores biológicos e meteorológicos que não são sequer citados pela nacional.

Para finalizar, analisando-se a produção mundial, e por comparação com estudos da década passada (Minayo, 1990) observam-se alguns avanços no conhecimento brasileiro. Há uma melhor identificação de causas mais frequentes e grupos sociais mais vulneráveis. No entanto, existe muito a desvendar em termos de fatores individuais e macrosociais no que se refere às determinações dos eventos acidentais e violentos aqui estudados. A epidemiologia ainda tem muito a especificar e a oferecer, na medida em que estudos mais refinados contribuiriam para ações mais eficazes do setor.

É importante reconhecer que a prevenção de vários dos eventos que afetam a saúde e suprimem precocemente a vida de grande parcela da população depende de pesquisas que busquem um nível mais profundo de especificidade, historicidade e diferenciação de grupos, eventos, locais e relevância. Mas também é preciso ressaltar que mesmo o conhecimento já existente e o que ainda venha a ser produzido dependem de vontade política para sua aplicação nas ações e programas preventivos e assistenciais. É preciso ter claro que a necessária ponte entre produção de conhecimento científico e políticas públicas somente se estabelece de modo sustentável com a participação democrática de todos os segmentos sociais interessados. A violência, por ser extremamente mobilizadora para todos os setores da sociedade e todos os cidadãos, é, certamente, um tema propício para a construção das pontes que ligam o conhecimento científico a condições de vida mais dignas e plenas de direitos, fazendo cumprir, assim, a máxima missão da ciência, que é estar a serviço da sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVAREZ, J.C. et al. Low serum cholesterol in violent but not in non-violent suicide attempters. *Psychiatry Research*, 95(2): 103-108, 2000.
- ANSARI, S. et al. Causes and effects of road traffic accidents in Saudi Arabia. *Public Health*, 114:37-39., 2000.
- ARNOLD, M.W. *Anos potenciais de vida perdidos pelas vítimas de homicídio entre 1 mês e 19 anos de idade residentes na cidade de Recife no ano de 1997*, 2000. Dissertação de Mestrado. Recife, PE: Instituto Materno Infantil de Pernambuco.
- BANDIM, J.M.; FONSECA, L. & LIMA, J.M.A. Prevalência da ideação suicida numa população de escolares do Nordeste brasileiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 46(9):477-481, 1997.
- BARACAT, E.C.E. et al. Acidentes com crianças e sua evolução na região de Campinas, SP. *Jornal de Pediatria*, 76 (5): 368-374, 2000.
- BARROS, R.B. Os pediatras e os acidentes de transporte: a 6ª causa de morte de crianças e adolescentes. *Arquivo Brasileiro de Pediatria*, 1(4): 93-95, 1994.
- BASOGLU, C. et al. Premenstrual exacerbation and suicidal behavior in patients with panic disorder. *Comprehensive-Psychiatry*, 41(2): 103-105, 2000.

- BASTOS, Y.G.L.; ANDRADE, S.M. & CORDONI JÚNIOR, L. Acidentes de trânsito e o novo Código de Trânsito Brasileiro em Cidade da Região Sul do Brasil. *Informe Epidemiológico do SUS*, 8(2): 37-45, 1999.
- BEGIC, D. Agresija u posttraumatskom stresnom poremećaju (PTSP). *Socijalna-Psijihijatrija*, 28 (2-3): 105-111, 2000.
- BOTEGA, N. et al. Tentativa de suicídio e adesão ao tratamento: um estudo descritivo em hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(1):19-25, 1995.
- CARPENTER, K.M. et al. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: Results from a general population study. *American Journal of Public Health*, 90:251-257, 2000.
- CASSORLA, R.M.S. (org.). *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus, 1991.
- CASSORLA, R. M. S. & SMEKE, E. L. M. Autodestruição Humana. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1):61-73, 1994.
- CHAM, G.W. & SEOW, E. The pattern of elderly abuse presenting to an emergency department. *Singapore Medical Journal*, 41(12): 571-574, Dec. 2000.
- CHONG, S. A. et al. Attempted suicide and polymorphism of the serotonin transporter gene in chinese patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 97:101-106, 2000.
- CORREA, A.C.O. Depressão e suicídio no idoso: uma crucial questão em psicogeriatría. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45(3): 149-157, 1996.
- DEL CIAMPO, L.A.; RICCO, R.G. & MUCCILLO, G. Acidentes domésticos na infância na área de Vila Lobato – Ribeirão Preto – SP. *Pediatria*, 19 (1): 38-42, 1997.
- DHOSSCHE, D.; SNELL, K.S. & LARDER, S. A case-control study of tatoos in young suicide victims as a possible marker of risk. *Journal of Affective Disorder*, 59:165-168, 2000.
- ERTHAL, R. *O suicídio Ticuna na região do Alto Solimões-AM*. 1998. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública.
- FOLINO, J.O. Sexual Homicides and their classification according to motivation: a report from Argentina. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44(6): 740-750, dez. 2000.

- GILL, T.M.; WILLIAMS, C.S. & TINETTI, M.E. Environmental hazards and the risk of nonsyncopal falls in the homes of community-living older persons. *Medical Care*, 38: 1.174-1.183, 2000.
- GRAHAM, J.E. From Guiana to Uganda: ritual collective suicides. *Revista Acadêmica para el Estudio de las Religiones*, 3: 117-179, 2000.
- GRISCI, C.L.I. Relação entre acidentes de trânsito e as variáveis da agressividade, atuação e culpa. *Psicologia*, 21(1):103-117, 1991.
- HAWTON, K. et al. Effects of death of Diana, Princess of Wales on suicide and deliberate self-harm. *British Journal of Psychiatry*, 177: 463-466, 2000.
- HEMENWAY, D. & MILLER, M. Firearm availability and homicide rates across 26 high-income countries. *Journal of Trauma*, 49 (6):985-988, Dec, 2000.
- HIGGINS, D.J. & MCCABE, M. P. Relationships between different types of maltreatment during childhood and adjustments in adulthood. *Child Maltreatment*, 5 (3): 261-272, 2000.
- JOSEF, F. & SILVA, J.A. Psicopatia e alterações frontais em homicidas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 48(1):29-34,1999.
- KEMPTON, A. et al. Older people can stay on their feet: final results of a community-based falls prevention programme. *Health Promotion International*, 15:27-33 , 2000.
- KOIZUMI, M. S. *Natureza das lesões nas vítimas de acidentes de motocicletas*, 1990. Tese de Doutorado, São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- LESTER, David. Islam and Suicide. *Psychological Reports*, 87:688, 2000.
- LAFERTÉ TREBEJO, A. & LAFERTÉ TREBEJO, L.A. Comportamiento del suicidio en ciudad de la Habana: intervención de la enfermería en la atención primaria de salud. *Revista Cubana de enfermería*, 16(2): 78-87, maio-ago. 2000.
- LIBERATTI, C.L.B. *Acidentes de motocicleta em Londrina: estudo das vítimas, dos acidentes e da utilização de capacete*, 2000. Dissertação de Mestrado. Londrina, PR: Universidade Estadual de Londrina.
- MALAMUTH, N.M.; ADDISON, T.; & KOSS M. Pornography and sexual aggression: are there reliable effects and can we understand them?. *Annual Review of Sex Research*, 11:26-91, 2000.

- MELLO, M. F. O suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. *Cadernos de Saúde Publica*, 16(1):163-170, 2000.
- MELLO JORGE, M. H. P. Acidentes de trânsito: um problema de saúde pública, uma questão de cidadania. In: CIDADANIA, *verso e reverso*. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 1998. p. 167-176.
- MELLO JORGE, M. H. P. de & GOTLIEB, S.L.D. *As condições de saúde no Brasil. Retrospecto de 1979 a 1995*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- MESQUITA, M. Violência, segurança e justiça: a construção da impunidade. *RAP*, 32(2):109-134, 1998.
- MINAYO M. C. S. et al. Morbidade de jovens por causas violentas no Brasil: uma análise dos anos 90. *Boletim Claves/Cenepi*, n.2, set. 2001. Disponível em: <http://www.claves.fiocruz.br/cenepi.htm>. Acesso em: 24 jan. 2003.
- MINAYO, M. C. S. (coord.) *Bibliografia comentada da produção científica brasileira sobre violência e saúde*. Rio de Janeiro: Panorama ENSP, 1990.
- MINAYO, M. C. S. & SOUZA, E. R (coord.). *Análise da morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos no Brasil em 2000*. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: Jul. 2002. Disponível em: <http://www.claves.fiocruz.br/cenepi.htm>. Acesso em: 3 fev. 2003.
- MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. & SILVA, C. M. F. P. (coord.) *Perfil de mortalidade por causas externas no Brasil: uma análise temporal das décadas de 80 e 90*. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro, out. 2001. Disponível em: <http://www.claves.fiocruz.br/cenepi.htm>. Acesso em: 24 jan. 2003.
- MORACCO, K. E. et al. Killed on the clock: a population based study of workplace homicide. *American Journal of Medicine*, 37:639-636, 2000.
- MYERS, W. C. & MONARCO, L. Anger experience, styles of anger expression, sadistic personality disorder, and psychopathy in juvenile sexual homicide offenders. *Journal of Forensic Science*; 45 (3): 585-602, out.-nov., 2000.
- NISBET, P. A. et al. The effect of participation in religious activities on suicide versus natural death in adults 50 and older. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(8): 543-546, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório mundial sobre violência e saúde. Editado por Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi e Rafael Lozano. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 2002.

- PRETI, A. & MIOTTO, P. Death by homicide in Italy, 1980-94: age and gender differences among victims. *Medicine, Science and the Law*, 40(3): 223-40, jul. 2000.
- RAPELI, C.B. & BOTEAGA, N.J. Tentativas de suicídio envolvendo risco de vida: internações em um hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, 4:157-162, 1998.
- RAY, W. et al. Benzodiazepines and the risk of falls in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(6): 682-685. jun. 2000.
- SANT'ANNA, A.R. *Vulnerabilidade ao homicídio: sócio-história das mortes violentas dos adolescentes na Cidade de Porto Alegre em 1997*, 2000. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre, RS: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- SANTOS, S.M. *Homicídios em Porto Alegre, 1996: análise ecológica de sua distribuição e contexto socioespacial*, 1999. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- SANTOS-STUBBE, C. Suicídio como fator de alto risco entre as empregadas domésticas do Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(10): 519-527, 1995.
- SCHMITZ, M.; SOARES, P. F. B & TORRES, J. B. Tentativa de suicídio por auto-envenenamento: um estudo sobre 684 casos. *Revista ABP-APAL (Associação Brasileira de Psiquiatria, Asociación Psiquiátrica de la America Latina)*, 14(2):63-66, 1992.
- SERRALTA, F. B. Considerações acerca da avaliação do potencial suicida em pacientes deprimidos. *Revista de Psiquiatria*, 21(1): 30-40, 1999.
- SOUZA, E. R. & MINAYO, M. C. S. *Análise das tendências da produção acadêmica sobre violência e acidentes*. Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: claves, dezembro de 2001.
- SOUZA, E. R. de; MINAYO, M. C. S. & MALAQUIAS, J. V. Suicide among young people in selected Brazilian State capitals. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (3): 673-683, 2002.
- SOYIBO, K. & LEE, M. G. Domestic and school violence among high school students in Jamaica. *West Indian Medical Journal*, 49(3): 232-236, 2000.
- STACK, S. Blue fans and suicide acceptability. *Death-studies*, 24(3): 223-231, 2000.

- TEIXEIRA, A. M. F. & LUIS, M. A. V. Distúrbios psiquiátricos, tentativas de suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes atendidos em uma unidade de emergência. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (3): 517-525, 1997.
- TERRA, A. R. *O suicídio de jovens indígenas Kayowas de Dourado-MS: uma explicação psicológica*, 1994. Dissertação de Mestrado. Campinas, SP: Departamento de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- TESTA, M.; LIVINGSTON, J. A & COLLINS, R. L. The role of women's alcohol consumption in evaluation of vulnerability to sexual aggression. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 8(2): 185-191, maio 2000.
- VALENÇA, A. et al. Pânico e suicídio, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 47(12):647-655, 1998.
- VAN HEERINGEN, C. & VINCKE, J. Suicidal acts and ideation in homosexual and bisexual young people: A study of prevalence and risk factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 35:494-499, 2000.
- VILLAVECES, A. et al. Effect of a ban on carrying firearms on homicide rates in 2 Colombian cities. *JAMA*, 283: 1205-1209, 2000.
- WHALIN, T. B. R. et al. High suicidal ideation in persons testing for Huntington's disease. *Acta Neurologica Scandinavica*, 102(3): 150-161, 2000.
- WHO. *Injury: a leading cause of the global burden of disease*. World Health Organization: Génève, 1999. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/index.html.
- WHO. *The injury chart book: a graphical overview of the global burden of injuries*. Department of Injuries and Violence Prevention/ Noncommunicable diseases and Mental Health Cluster – World Health Organization: Geneva, 2002.

Parte II



VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES: O GRANDE INVESTIMENTO DA COMUNIDADE ACADÊMICA NA DÉCADA DE 90

Simone Gonçalves de Assis & Patrícia Constantino

De todos os temas específicos do campo de estudos acerca do impacto da violência sobre a saúde, o que concerne ao grupo das crianças e adolescentes foi o que mereceu maior atenção e investimento dos pesquisadores.

Pensar as relações entre a violência e a situação da criança e do adolescente sob o prisma da saúde pública é uma tarefa desafiante e complexa. Muitas facetas compõem o tema e vários são os caminhos que poderiam ter sido trilhados. Foi muito grande a tentação de imergir nos textos e deles não sair, perdendo-se na riqueza dos detalhes. Estrategicamente, optou-se por deles extrair a essência e enriquecer-se com a visão e experiência profissional acumulada no Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), realizando pesquisas com adolescentes vítimas e agentes da violência.

Entende-se violência de forma ampliada, como “qualquer ação ou omissão realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e espirituais a si próprios ou aos outros” (Brasil, 2001). É uma forma de violação dos direitos da criança e do adolescente (Lefevre, 1992).

No início da década de 90, foi realizado um primeiro levantamento bibliográfico sobre violência no país, referente aos anos 80 (Minayo, 1990). O tema do ‘menor institucionalizado’ ocupava o centro das atenções na década de 70. Nos anos 80, as temáticas referentes à violência eram muito mais variadas, acompanhando o agravamento da crise urbana e a importante multiplicação do debate sobre a situação da infância brasileira. Esse último movimento culminou com a implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990.

O assunto mais abordado na década de 80, especialmente por textos de cunho sociológico, foi 'delinquência' juvenil e seus sinônimos 'marginalidade', 'criminalidade', 'pequenos bandidos', infração e 'menor'. O segundo tema mais presente foi o dos 'meninos de rua' e as estratégias para sua institucionalização, configurando o quadro da 'infância desvalida'. Na área da saúde, predominaram os estudos sobre suicídios (especialmente na psiquiatria) e o das mortes e acidentes decorrentes da violência, produzidos por clínicos e epidemiologistas. Documentos sobre maus-tratos familiares despontaram, no final da década, especialmente elaborados por pediatras e psicólogos. Estes últimos trouxeram a abordagem histórica, o diagnóstico e a descrição de casos. Buscava-se, nesse momento inicial, desconstruir a noção de família ideal e protetora, mostrando-a como possível agente da violência.

O presente texto detém-se sobre algumas formas de violência com elevada expressão na área da saúde pública na última década do século XX e nos primeiros anos do novo milênio. Está baseado em teses, dissertações e artigos coletados pelo Claves em várias bibliotecas de saúde pública do país e em algumas bases bibliográficas, conforme referido em capítulo específico neste livro. Embora o levantamento não possa garantir a cobertura completa, tem seu principal mérito por destacar a produção nacional sobre o tema na área da saúde pública.

Este capítulo destaca: a violência familiar (maus-tratos) contra crianças e adolescentes e os serviços de atenção às vítimas de maus-tratos; a exclusão e a violação de direitos (meninos de rua); e a juventude em conflito com a lei (infração juvenil). Estes temas foram pinçados pelos seguintes motivos: a) sua proeminência numérica – em conjunto respondem pela maioria dos trabalhos coletados; b) os textos sobre morbimortalidade por acidentes e violências, com frequência muito elevada, estão sendo analisados em outro capítulo da presente obra; c) os recentes e crescentes documentos acerca da violência urbana, da influência dos meios de comunicação, do uso de drogas e da prostituição infanto-juvenil também serão abordados em outros capítulos do livro.

A perspectiva da violência contra a criança e o adolescente será tratada neste capítulo sob o enfoque da exclusão social. Embora este conceito, historicamente, tenha recebido tratamento acadêmico bastante atual (Escorel, 1999), vem também recebendo críticas por ser "pouco preciso e dúbio do ponto de vista ideológico" (Sawaia, 2001, p.7). Segundo esse autor, tal conceito permite usos retóricos de diferentes qualidades, desde a concepção de desigualdade como resultante de deficiência ou inadequação individual, até a idéia de falta de qualquer coisa, apresentando-se como um sinônimo do sufixo *sem (less)* e de injustiça e exploração social.

Um conceito “mala ou bonde”, como falam Morin e Castel (apud Sawaia, 2001), que carrega qualquer fenômeno social, provoca consensos, sem que se saiba ao certo o significado que está em jogo.

Por outro lado, essa mesma ambigüidade abre a possibilidade de suplantarmos os vícios do monolitismo analítico que orientam as análises da desigualdade social. Grande parte dessas análises enfoca apenas uma de suas características em detrimento das demais. É o caso das que são centradas nos aspectos econômicos, que abordam a exclusão como sinônimo de pobreza, e as centradas na análise do social, que privilegiam o conceito de discriminação, minimizando o escopo analítico fundamental da exclusão, que é o da “injustiça social” (Sawaia, 2001).

Entende-se exclusão social como o “processo de constituição de indivíduos e grupo supérfluos e desnecessários à vida social” (Escorel, 1999, p. 259). Engloba formas de segregação (cultural, espacial ou étnica), desigualdades econômicas e outras esferas mais subjetivas como “um certo sentimento de vazio da existência, em grande medida associado ao quase colapso de propostas alternativas de futuro” (Fontes, 1997). Nesta análise, parte-se dos ensaios de Castel (1991; 1995) que considera a existência de dois eixos de integração para o indivíduo: o mundo do trabalho e o das relações sociofamiliares. A desvinculação do trabalho por parte significativa da população considerada excluída induz mudanças na vida social, interferindo intimamente na estrutura e no relacionamento familiar e comunitário.

Pretende-se analisar como o processo de exclusão social vem afetando crianças e adolescentes, envolvendo

trajetórias de vulnerabilidade, fragilidade ou precariedade e até ruptura dos vínculos nas dimensões sociofamiliar, do trabalho, das representações culturais, da cidadania e da vida humana e, ainda, uma zona integrada por diversas manifestações de processos de desvinculação nos diferentes âmbitos. (Escorel, 1999, p. 259)

Cabe lembrar que aqui se fala sobre crianças e adolescentes que vivenciam uma “sociabilidade excluída”, e uma multiplicidade de vulnerabilidades, associadas e cumulativas, integrando “o quadro primário de referências materiais e simbólicas, do grupo familiar e da vizinhança” (Escorel, 1999, p. 262).

Concebe-se que a exclusão acomete boa parte da infância e adolescência brasileira porque: a) boa parte desse grupo não tem seus direitos básicos respeitados, mesmo que respaldados em lei; b) são utilizadas como alvo prioritário de consumo, embora, paradoxalmente, a maioria esteja

alijada do usufruto dos bens sugeridos; c) sofrem os efeitos da violência urbana que as segrega em espaços fechados ou as joga diretamente no meio do 'fogo cruzado' das ruas e favelas; d) padecem de uma 'moldagem' feita pela mídia e reelaborada pelas suas famílias e escolas, sendo formadas no medo, na segregação e na indiferença aos atos violentos; e) são dependentes do poder do adulto (e de seu abuso), sendo criadas em uma cultura que aceita e estimula a agressão física, principalmente com finalidade educativa e de autoproteção; f) são impulsionadas para a prática de atos infracionais, aprofundando o lugar de excluídos, pela falta de condições mínimas de sobrevivência familiar, perseguindo o ideal de sociedade do consumo; g) são vítimas da impunidade que acoberta os crimes cometidos contra elas e seus familiares, compondo um círculo de estigmatização e empobrecimento.

CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÃO DE RUA

Trabalhou-se com doze estudos sobre a temática de 'crianças e adolescentes em situação de rua', a maioria delas da área de psicologia, seguida pela da saúde coletiva, serviço social, ciências sociais e medicina. O eixo Rio de Janeiro-São Paulo destaca-se pela maior frequência, com outros textos provenientes sobretudo de Porto Alegre. Quatro teses foram encontradas, duas delas enfocando a questão familiar e a possibilidade do resgate de laços de afeto, ambas da área do serviço social; uma outra faz a análise de uma instituição que abriga meninas de rua e, por último, o estudo que busca a representação dos técnicos do Programa de Saúde do Adolescente do Maranhão (Prosad-MA) sobre os 'meninos e meninas ditos de rua'. Segundo Ramos (1996) o peso do estigma 'meninos de rua' esteve presente no discurso desses profissionais do Prosad-MA, pelo uso, principalmente, dos termos 'medo' e 'diferente'. Um dado importante desse trabalho é que o autor faz recomendações para uma melhor atuação técnica.

A abordagem qualitativa foi a priorizada pelos estudos, provavelmente em face da dificuldade em se coletarem dados quantitativos em uma população tão móvel. Algumas contagens foram realizadas durante os anos 90 em cidades brasileiras, trazendo um debate sobre o número real dessa população flutuante (Mello, 1991; Lusk, 1989). Críticas quanto às metodologias empregadas e à interpretação dos resultados permearam as análises dos meios acadêmicos. Mais do que saber quantos são os meninos em situação de rua, os trabalhos da área da saúde na década de 90 buscaram, prioritariamente, apreender o significado da vivência na rua. Dentre

estes, dois utilizaram uma abordagem inovadora, empregando técnicas lúdicas (Menezes & Brasil, 1998; Magalhães, 1995a).

Houve uma mudança conceitual e semântica na literatura em saúde nos anos 90. A expressão 'meninos e meninas de rua ou em situação de rua' passou a ser largamente utilizada, em substituição a outros termos mais carregados de preconceitos, como meninos abandonados, infância desvalida (Moraes, 1994), que designavam crianças que se encontravam nas ruas perambulando, fazendo biscates, cometendo furtos, mendigando ou residindo. No entanto, ainda há uma dificuldade bastante grande com a terminologia empregada para definir tais sujeitos. Os títulos dos trabalhos publicados exemplificam tal problemática: "Meninos e meninas 'ditos' de rua" (Ramos, 1996), "Meninos 'na' rua" (Abreu, 1991; Forster et al., 1992), "Meninos 'de' rua" (Moraes, 1994; Siqueira, 1996). Alguns outros autores preferem utilizar o termo 'situação de rua' (Rosemberg, 1996; Menezes & Brasil, 1998).

Minayo (1992), no artigo intitulado "Meninos e meninas de rua: expressão paradigmática antiecológica da violência social brasileira", observa para o preconceito que essa terminologia encarna. Na maior parte desses estudos, há uma discussão sobre o estigma que o termo 'menino de rua' carrega (Minayo, 1992; Ramos, 1996; Menezes & Brasil, 1998). Ressalta-se que, após uma década de embates, a troca da nomenclatura ainda indica um ideal, configurando-se mais como uma questão semântica do que como uma mudança na concepção que a sociedade tem do fenômeno.

Rizzini & Rizzini (1991) discutiram, bem no início da década, a distinção entre meninos(as) 'de' rua e meninos(as) 'nas' ruas. O primeiro referia-se a crianças que moravam nas ruas e o segundo, às crianças que nela passavam o dia, retornando posteriormente às suas casas. Essa definição foi corroborada por outros autores (Minayo & Assis, 1993) que contribuíram para entender as opções de vida, trabalho e lazer que se encontram no espaço das ruas. Na área da saúde, os estudos privilegiaram as crianças/adolescentes que vivem na rua, se divertem, usam drogas e aferem lucros através de mendicância, pequenos serviços ou roubos. Menor destaque é dado para aquelas que apenas usam a rua como espaço de trabalho, retornando para suas casas.

Os motivos de abandono do lar ocupam lugar de destaque na bibliografia na área da saúde. A 'desestruturação familiar' aparece em todas as publicações analisadas, embora seja uma categoria cada vez mais abandonada e questionada. Mais do que a forma como se estruturam as famílias, os autores mostram que importa conhecer como as relações estão se cristalizando nessas novas situações familiares.

Menezes & Brasil (1998), analisando a produção bibliográfica internacional, comentam que as questões que levam a criança para a rua estão ligadas. São elas: a) situação econômica da família; b) fragilidade de sua organização; c) exploração da criança; d) violência familiar e/ou comunitária. Esses fatores de risco estão presentes também nos estudos nacionais, os quais mostram que quanto maior a sua frequência, maior a probabilidade de ruptura de vínculo familiar.

Um enfoque mais recente e interessante tem sido o de colocar a criança/adolescente também como foco da decisão no abandono do lar. Lucchini (1993) pontua que não se deve negligenciar o papel da criança na sua saída para a rua, como também não se deve esquecer a atração que a rua exerce sobre ela. Para compreender o papel ativo da criança, tanto na sua saída para a rua quanto no modo como se articula para viver longe da família, é preciso também uma reflexão da sua dinâmica psíquica e da sua relação com o espaço da rua (Menezes & Brasil, 1998, p.2).

O espaço da rua é concebido na maioria das publicações pela sua 'negatividade' (Moraes, 1994), mas já surgem estudos que apontam aspectos positivos pelo caráter lúdico, pela formação de vínculos, especialmente entre pares, e também pela sensação subjetiva de prazer e liberdade. Menezes & Brasil (1998) relativizam a nocividade do viver nas ruas, apontando esse espaço como repleto de ambiguidade: "A rua é um espaço para a sobrevivência, mas também para a ludicidade (...) para estas pessoas a rua não é apenas um lugar de passagem, mas um meio de vida, um espaço de sobrevivência e de formação de vínculos" (Menezes & Brasil, 1998, p. 2).

Nessa mesma linha, Wuillaume (1991) registra as 'vantagens' que a rua pode oferecer, a despeito de ser um local de exposição a sérios riscos e agravos à saúde. Isso significa que, quando a situação anterior da criança na família é difícil e ameaçadora, na rua ela pode se sentir um pouco mais aliviada e encontrar, no grupo, formas de proteção contra os perigos.

Westphal (2001) sugere outro caminho interessante. Apresenta dez histórias bem-sucedidas de crianças socializadas na rua, em grave situação de risco social. Vê nas dificuldades vivenciadas uma possibilidade para o amadurecimento e para a responsabilidade. Afirma que o potencial de saúde mental é positivo, a despeito das dificuldades comportamentais e violências institucionais pelas quais as crianças estudadas passaram. Esse estudo de casos, mesmo que não possa ser extrapolado para o universo dos meninos em situação de rua, abre caminho para se estudar a questão da resiliência em população de rua, tema que despontou na área da saúde a partir de meados da década de 90.

Apesar de ser um problema tão antigo no país, ainda há uma carência de propostas de intervenção para essa população, aqui representada pela escassez de trabalhos na área da saúde. Os trabalhos existentes mostram a inabilidade da sociedade em geral e a ineficiência metodológica do sistema de atendimento voltado para crianças em situação de risco social (Westphal, 2001; Mazei, 2002). Trabalhos clássicos, como o de Altoé (1990), contribuíram para mostrar as deficiências e o cotidiano frustrante dos 'internatos prisão' – instituições existentes no Rio de Janeiro na década de 80 que ainda podem servir de exemplo do que se oferece aos meninos sem família e os de rua. Nessa situação de institucionalização, observa-se o menor avanço da implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Muito falta ainda para se oferecer a essas crianças a garantia do direito básico de crescerem e se desenvolverem condignamente.

As dificuldades de enfrentamento do problema são tantas, que Moraes (1994), analisando um abrigo para meninas de rua, intitula seu trabalho *Meninas de rua: procura-se uma saída*. Esse trabalho, além de discutir ações, traz o enfoque de gênero na vida nas ruas, assunto em ascensão desde a década de 80 (Rizzini & Rizzini, 1991; Gomes, 1994a; 1994b).

Outro trabalho que merece destaque por apresentar sugestões para ação é o de Rosenberg (1996), que propõe: investir na produção de conhecimentos que dêem conta das determinações estruturais, culturais e psicossociais que favorecem a permanência de crianças/adolescentes nas ruas da cidade; escapar da armadilha de buscar uma compreensão única para o fenômeno, procurando a multiplicidade de determinações que as levam a usarem as ruas como espaço fundamental de sobrevivência e lazer; desfazer os estereótipos que vêm alimentando o imaginário sobre esse grupo, endurecendo ainda mais as condições que elas enfrentam nas ruas; organizar programas que respondam às necessidades dessas crianças e adolescentes que trabalham, comem, brincam e esmolam nas ruas.

Uma outra abordagem encontrada é a que considera a criança que vive nas ruas como sujeito de direitos e trazem a discussão do ECA (Moraes, 1994). Ainda há pouca discussão na área da saúde focalizando o ECA. O trabalho de Mello (1999), *Estatuto da criança e do adolescente: é possível torná-lo uma realidade psicológica?*, traz uma importante contribuição sobre a carência da discussão da Lei nos cursos universitários, principalmente nas disciplinas de psicologia. Defende ainda, uma maior participação dos cursos universitários no conhecimento e respeito à lei, favorecendo sua aplicação no cotidiano profissional.

Cabe ressaltar a escassez de trabalhos que enfoquem a saúde dessa população, que costuma ter carência nutricional, saúde bucal comprometida,

doenças de pele e sexualmente transmissíveis, dependência a substâncias, além de problemas de saúde mental.

CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SITUAÇÕES DE MAUS-TRATOS

Mais de uma centena de textos sobre maus-tratos contra crianças e adolescentes foram encontrados na produção da área da saúde. Esse dado quantitativo evidencia o que vem se percebendo no país: o aumento da preocupação com a criança e o adolescente que são vítimas, principalmente, de maus-tratos em suas próprias famílias.

Utilizam-se como sinônimo, neste capítulo, os termos maus-tratos na família e violência familiar, entendendo-os como a violência que se manifesta nas relações interpessoais que ocorrem entre os membros de uma família, através de atitudes, omissões ou ações de caráter físico, sexual, verbal, emocional e moral de uns com os outros, causando prejuízo a um ou mais dos familiares. As crianças e adolescentes costumam ser vítimas privilegiadas, por serem hierarquicamente menos poderosas no equilíbrio familiar e pelo grau de fragilidade e dependência próprios da infância e adolescência.

O início da década de 90 trouxe muitos textos de revisão teórica sobre maus-tratos, enfatizando aspectos históricos sobre o problema e pistas para seu diagnóstico. Aquele era, sem dúvida, o momento de sensibilização dos profissionais de saúde. Há muitos trabalhos elaborados por pediatras, mostrando a predominância da discussão no meio médico, especialmente, do eixo Rio de Janeiro-São Paulo, mas com uma presença crescente dos estados do sul do país. Naquele momento, o conhecimento profissional sobre o tema ainda estava muito defasado. Marmo Davoli & Ogido (1995) são autores que contribuíram para mostrar a relevância do tema. Em seu estudo, 86,7% dos pediatras estudados na Unicamp já tinham atendido casos de maus-tratos. Recomendaram a necessidade de aumentar a capacitação desses profissionais, pois quase a metade deles mostrava dificuldade em diagnosticar. Essa tendência de se investigar a capacitação profissional tornou-se, anos depois, um modelo para outras áreas da saúde, como a odontologia, a enfermagem e a fonoaudiologia.

A ênfase na delimitação do problema da violência doméstica como um problema histórico-cultural percorreu toda a década e continua presente no início do século XXI, atualizando-se: trata-se de uma questão que, embora milenar, continua a se perpetuar em antigas e novas formas de violência (Lippi, 1990; Guerra, Santoro Júnior & Azevedo, 1992; Seibel,

1992; Minayo & Assis, 1993; Azevedo & Guerra, 1993; Leão, 1993; Mera, 1993; Assis, 1994; Santoro Junior, 1994; Assis, 1995a; 1995b; Farinatti, 1995; Monteiro e col., 1995; Marques, 1994; Korn et al., 1998; Minayo, 2001).

Em relação à 'metodologia' dos trabalhos, nota-se a evolução da área, certamente a mais especializada dentre os temas abordados neste capítulo. Tem-se uma grande predominância de estudos de revisão bibliográfica, especialmente entre os artigos publicados em revistas da saúde e da área da pediatria (Gomes e col., 1999a), além de vários estudos de caso. Há também avanços nos estudos qualitativos, que empregam análise documental, observação participante, grupos focais e entrevistas em profundidade. Dois estudos utilizaram a estratégia de gravar as sessões com crianças, utilizando técnicas visuais para análise desses dados (Mello, 1999; Magalhães, 1995b). Muitos utilizam linhas teóricas como a abordagem sistêmica (Guirado, 1992), a fenomenologia (Biehl, 1997), o interacionismo simbólico (Ribeiro, 1990), as contribuições de Winnicott (Mello, 1999), de Freud (Ribeiro, 1996), de Foucault (1996); o modelo psicossocial de Florence Hollis (Salvador, 1994), dentre outros, como base para estudos exploratórios com crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos. Estudos sobre representação social surgem no final da década, sob abordagens de cunho bastante generalizado e variado (Figueiredo, 2000; Monteiro, 1998; Medeiros, 1998).

Olhando a produção de forma mais crítica, observa-se que as análises qualitativas realizadas por alguns autores prometem mais do que conseguem oferecer, indicando a necessidade de maior especialização nessa área do conhecimento.

Os estudos quantitativos, abordagem praticamente ausente na década de 80, também mostraram avanços. Além dos trabalhos descritivos que apresentam os tipos de maus-tratos (utilizando por vezes testes estatísticos para associação entre variáveis), foram feitos inquéritos epidemiológicos populacionais em duas cidades do Rio de Janeiro: Duque de Caxias e São Gonçalo (Assis, 1991; Assis & Avanci, 2003); estudos de caso-controle relacionando maus-tratos e desnutrição (Hasselman, 2002) e de maus-tratos e agressividade na adolescência (Meneguel, 1996); estudos de confiabilidade de instrumentos para aferição de violência (Hasselmann, Lopes & Reichenheim, 1998; Assis & Avanci, 2003). Apesar do avanço, há muitas limitações metodológicas que ainda precisam ser enfrentadas, especialmente no que concerne aos seguintes aspectos: definição do tamanho da amostra e critérios para sua seleção; aumento do número de casos investigados; seleção dos controles nos estudos comparativos; utilização de testes e análises estatísticas adequados.

Ressalta-se que, no decorrer da década, houve um acréscimo de trabalhos de outras 'áreas da saúde', além da medicina. Enfermagem, serviço social e psicologia entraram nesse circuito. Uma novidade importante que une a equipe da saúde é o despontar da discussão entre os profissionais da saúde da família (Cavalcanti, 1999a; Cavalcanti, 1999b).

A enfermagem produziu textos com abordagens diferenciadas. A posição de profissionais de enfermagem no atendimento aos maus-tratos foi valorizada em vários trabalhos (Bretas, 1994; Biehl, 1997; Eidt, 1998; Moraes, 1998). Eles sinalizam que são necessárias as seguintes mudanças: despertar para a consciência do cuidado; reconhecer que o profissional de enfermagem que atende aos maus-tratos é um ser que necessita também de ser cuidado; ressignificar o próprio viver; perceber a importância da história pessoal do profissional para o cuidar; aprender com a criança e a família; reconhecer o processo educativo envolvido no atendimento; transformar a práxis da enfermagem; perceber que a omissão ao atendimento da vítima de maus-tratos pode representar uma "opção pela violência"; reconhecer a possibilidade de ação da enfermagem nos Conselhos Tutelares e o papel de facilitador das relações familiares.

Outro trabalho mostra resultados da atuação dos enfermeiros. Ribeiro (1990) fez 40 visitas domiciliares à família de uma criança maltratada, constatando a modificação na definição de maus-tratos por parte da família, a melhora na compreensão do problema e na capacidade de interação intra e extrafamiliar. Carswell (1990), destaca o perfil de pais perpetradores de maus-tratos e dos filhos, mostrando os impasses decorrentes do medo que os profissionais têm da represália das famílias. Outros autores realizaram trabalhos diagnósticos ou teóricos (Santos, 1995; Santos, 1999).

Como enfoque da área de serviço social tem-se a avaliação da atitude profissional em relação ao tema, as formas de intervenção sobre a família e seus mecanismos de interação e as dinâmicas familiares violentas (Fonseca, 1992; Guirado, 1992; Salvador, 1994; Ribeiro, 1996).

A odontologia surge como área que se interessa pelo tema dos maus-tratos já no início dos anos 2000, e a fonoaudiologia é a nova promessa (Noguchi, 2001). O 'estado da arte' na odontologia é o da sensibilização dos profissionais. Cavalcanti, Valença & Duarte (2000) tecem comentários sobre o problema em revista da área odontológica, lembrando que as lesões decorrentes dos maus-tratos comumente atingem o crânio e a face, sendo necessário que o dentista as diagnostique e notifique. Em 2001, Silva terminou dissertação em odontologia sobre a conduta do cirurgião dentista diante dos maus-tratos. Avaliando o conhecimento desses profissionais, verificou que 22,3% deles já atenderam crianças com problemas de maus-tratos, mas só 1,2% notificou. Confirma que a maioria dos dentistas

(76,5%) nunca recebeu informação sobre o assunto, não conhecendo a postura profissional adequada, e nem tem informações a respeito. Pouco mais da metade acha que só os casos confirmados deveriam ser notificados, indicando o desconhecimento da Lei.

A psicologia ocupa um papel importante no estudo dos maus-tratos, especialmente quando temas da saúde mental estão envolvidos, dividindo espaço com a psiquiatria. Algumas das contribuições mais originais provêm desses estudos, mostrando que os trabalhos nacionais deixaram de se limitar à reprodução de pesquisas internacionais. O estudo das causas da 'agressão' e da sua presença como uma forma de reação ao mau-trato sofrido é um desses exemplos (Magalhães, 1995a; Cardoso Mello, 1999; Meneguel, 1996).

Magalhães (1995a) investigou 38 crianças entre um ano e meio e sete anos de idade em creche na Zona Oeste de São Paulo, gravando 266 sessões e 395 incidentes agressivos. Constatou a importância da socialização de gênero na gênese da agressão: meninos iniciam mais incidentes que meninas, não existindo diferença quanto à idade. Observou também que os meninos respondem mais com contra-ataque e que os adultos interferem mais nos conflitos provocados pelos meninos.

Mello (1999) estudou o brincar de crianças vítimas de violência física doméstica, entendendo-o como um momento de elaboração das experiências traumáticas. Mostra como as crianças vitimizadas têm sérias consequências no brincar, mesmo em idades tão tenras. Pode-se inferir sobre as grandes dificuldades de socialização que terão de enfrentar.

Essa autora gravou sessões de 12 crianças de quatro a sete anos brincando, subdivididas em três grupos: a) um era de vítimas de maus-tratos e institucionalizadas, grupo que se mostrou bem diferente dos outros dois. As crianças manipulavam os brinquedos com pouca elaboração, sem integração e com desempenho inferior. Utilizavam o espaço de brincar com agressividade ou passividade, muita movimentação e extrapolação dos limites. Apresentavam comportamentos agressivos e impulsivos; passivos e defensivos; pouco criativos; ou amadurecidos precocemente. Mostravam-se controladas e dependentes da relação com adulto; b) um grupo de crianças não-vítimas de maus-tratos, porém institucionalizadas, mostrou-se equilibrado no brincar, porém, comportou-se mais passivamente e dependente na relação com o adulto; c) um grupo de crianças não-vítimas de maus-tratos, morando com os pais, evidenciou equilíbrio no brincar, autonomia e independência na relação com o adulto.

Outro estudo baseou-se em indicação de agressividade de adolescentes na escola para formar dois grupos: adolescentes considerados, por

critérios estabelecidos, com e sem agressividade exacerbada (Meneguel, 1996). Esses dois grupos (76 adolescentes) mais suas famílias (213 pessoas no total) foram entrevistados. Foi confirmado o pressuposto inicial de que adolescentes agredidos fisicamente em casa correm quatro vezes mais risco de serem diagnosticados como agressivos na escola.

Uma linha de investigação constante na literatura é a que prioriza os 'fatores associados' e as 'consequências dos maus-tratos' para a saúde da criança (Cariolas et al., 1995; Reichenheim & Hasselmann, 1999).

Um desses trabalhos é o de Oshiro (1994), que investiga a associação entre depressão e violência familiar em irmãos vítimas de maus-tratos e abandono. A autora aplicou escalas psicológicas a 14 crianças entre seis e 12 anos. Encontrou mais depressão média entre as vítimas de violência e abandono. Essa depressão foi caracterizada pelos sentimentos de medo, raiva, culpa, tristeza e falta de interesse pelas pessoas e pelas coisas. Não foi encontrada associação entre irmãos, mostrando que não apenas a forma de sentir de cada um é diferente, mas também o significado e o lugar que cada criança ocupa na família é peculiar.

Outra consequência constatada é a desnutrição. Hasselman (2002) estudou 172 crianças desnutridas hospitalizadas e 345 crianças internadas por outras razões. Constatou que a agressão física entre os pais aumenta 2,6 vezes o risco de desnutrição aguda grave.

A auto-estima do adolescente também se mostrou associada à vitimização por violência. Avanci (2003), investigando 773 escolares, encontrou que adolescentes de auto-estima baixa relatam 1,8 vezes mais terem sofrido violência psicológica, 1,6 vezes mais violência física do pai, 1,3 vezes mais da mãe, e 1,7 vezes mais dos irmãos.

Alguns trabalhos colocam a família maltratante como o foco principal para a vitimização (Barison, 1999; Guirado, 1992; De Antoni & Koller, 2000a, 2000b). Nota-se uma tendência de responsabilização da família, em detrimento da culpabilização. O trabalho de De Antoni (2000) destaca-se por apresentar a visão de família entre adolescentes que sofreram violência física. São doze adolescentes abrigadas que falaram sobre laços afetivos existentes na família, os papéis na família tradicional, as relações recíprocas ou violentas que nela se estabelecem, e o desejo de formar suas próprias famílias em outras bases. Essas adolescentes apontam indicadores de proteção: apoio emocional, práticas disciplinares, atividades em conjunto e presença de rede de apoio. Como indicadores de risco observam-se: violência doméstica e da comunidade, descontrole emocional, falta de responsabilidade, culpa, drogas, falta de diálogo, ausência dos pais, transição da infância para a adolescência e ausência de rede de apoio.

As representações sociais que crianças e mães têm sobre agressões familiares são objeto de alguns trabalhos (qualitativos e quantitativos), configurando uma área de investigação mais recente no país (Tacla, 1999; Monteiro, 1998; Centeville., 1997; Figueiredo, 2000).

A representação de mães de crianças de um a 17 anos que atendem em uma unidade básica de saúde identificou três tipos de agressão: desumana, expiatória e educativa (Tacla, 1999). A primeira refere-se aos atos inaceitáveis, como espancamento, estupro, infanticídio, prostituição e mendicância. A segunda engloba atos que, embora inaceitáveis, são explicados como fruto de um estado emocional (nervoso), circunstância social (desemprego) ou familiar (conflitos conjugais) que envolvem o agressor. A agressão educativa é aceita culturalmente. Outro estudo que enfoca a representação social é o de Centeville (1997), levantamento realizado com 1.454 crianças entre sete e 14 anos. Os piores tipos de punição vivenciados por elas foram: não brincar, ficar de castigo e apanhar. No estudo de Figueiredo (2000), 128 crianças e adolescentes escolares mostram em suas redações que a violência doméstica é uma realidade vivenciada por eles e que a prática da violência justifica-se pela tarefa de educar.

Alguns tipos de violência também são priorizados por alguns estudiosos. O abuso sexual figura como o mais presente nas publicações e o abuso psicológico, como a ausência mais sentida como tema exclusivo de trabalhos científicos. A negligência foi relatada por alguns autores (Davoli, 1992; Moraes, 1998 Santoro Junior, 1993; Muza, 1994).

O tema do 'abuso sexual' se fez presente em: artigos de revisão (Zavaschi, 1991; Tetelbom, 1991; Gauderer & Morgado, 1992); fatores de risco e auxílio diagnóstico (Monteiro Filho, 1993; Flores & Caminha, 1994); aspectos teóricos e socioculturais (Bittencourt, 1995; Junqueira, 1998; Ribeiro, 1996; Seixas, 1999); pesquisa empírica em Institutos Médico-Legais (Campos, Nascimento & Almeida Júnior, 1994; Santos, 1995); representações sociais do estupro (Figaro, 1994).

Merecem destaque alguns trabalhos. Santos (1995) registra o envolvimento discriminatório de gênero, pois para cada 18 meninas atendidas no IML de Salvador/BA surge um menino. O abuso sexual de meninos é tema de um estudo inédito (Kristensen, 1996). Nesse trabalho, é feito um estudo de caso com seis meninos entre sete e 13 anos, sendo também entrevistados seus responsáveis, professores e conselheiros. O autor observou que, inicialmente, os meninos expressam prejuízos, vivências e relações e que há um grande dilema em torno da revelação. Constatase também a possibilidade de reações quanto à orientação sexual, comportamento sexualizado, revitimização da criança e comportamentos abusivos.

O artigo de Somenzi et al. (1996) aborda uma possível associação entre transtornos alimentares e abuso sexual na infância, através do relato de um caso. O texto de Seabra (1998) traz uma visão ampliada do problema do abuso sexual, além de apresentar dados sobre o Pará, região pouco presente na bibliografia na área da saúde. Aborda a epidemiologia, classificação, curso, entrevista, identificação, sinais e sintomas, exames, legislação, evidências forenses, notificação, tratamento, prognóstico e a prevenção do abuso sexual.

A 'criança hospitalizada' por maus-tratos tem sido tratada na literatura (Ribeiro, 1998; Biehl, 1997; Eidt, 1998) não apenas pela violência institucional que ela e sua família sofrem, mas também pelo sofrimento e sentimento de impotência que passam para o profissional de saúde. Este, muitas vezes, revive, durante o atendimento, suas próprias angústias familiares passadas.

Outra questão que surge recentemente na bibliografia nacional é a 'ética', especialmente relacionada à notificação dos casos de maus-tratos pelos profissionais. Ferreira & Schramm (2000) discutem a questão dos direitos da criança à luz de algumas teorias éticas e conclui que uma interferência que proteja a criança, tentando preservar a integridade familiar sempre que possível, é moralmente justificável.

Os 'serviços de atendimento' para casos de maus-tratos de crianças e adolescentes convertem-se em outra grande área de produção científica no país na década de 90 e uma tendência para publicações na primeira década dos anos 2000. A violência familiar foi reconhecida como uma questão complexa, cuja abordagem requer a mobilização de ampla rede de apoio social, interinstitucional e intersetorial, da qual o setor da saúde participa na prevenção, no diagnóstico e no tratamento das vítimas.

Especialmente na segunda metade da década de 90, dissertações e teses foram produzidas, focalizando emergências pediátricas, atuação de organizações não governamentais e de serviços ambulatoriais hospitalares. Percebe-se nesses trabalhos uma preocupação em abordar teoricamente a violência doméstica e avaliar o atendimento prestado pelas instituições pesquisadas. Os temas comumente investigados nesses estudos são os seguintes: perfil das crianças e adolescentes vítimas; tipos de maus-tratos mais frequentes; perfil dos agressores; notificação; tempo de duração do atendimento; profissionais envolvidos no atendimento; alta; abandono; reincidência e encaminhamentos efetuados (Deslandes, 1993, 1994a; Monteiro, 1992; Guedes, 1996; Menezes et al., 1996; Cunha, 1998; Neumann & Oliveira, 1997; Ferreira e col. 1999; Cavalcanti, 1999a; Gonçalves, Ferreira & Marques, 1999; Moura, 2002; Ferreira 2002).

A magnitude da violência familiar contra a criança nos diferentes serviços é apontada nesses trabalhos. Os tipos de maus-tratos mais atendidos em cada serviço dependem de sua inserção hospitalar, ambulatorial ou organização não governamental. No primeiro caso costuma sobressair o abuso sexual. Nos demais, abuso físico e negligência alternam na proeminência do problema.

O trabalho de Menezes et al. (1996) acompanhou 33 crianças vítimas de maus-tratos atendidas no serviço de emergência de um hospital paulista. Verificou que, após um ano, apenas uma criança sofreu nova vitimização, 10 foram abrigadas em instituição pública e duas foram designadas a outras pessoas para serem cuidadas. Estudos que acompanham pacientes não são ainda comuns. A maioria utiliza dados secundários dos serviços ou faz uma investigação tipo *survey*, contatando a criança e sua família apenas uma vez.

Temas como a necessidade de capacitação permanente dos profissionais e a integração do programa à rede de serviços sociais e saúde são apontados por todos os trabalhos. Neles, a população analisada é, invariavelmente, de baixo poder aquisitivo, pois essa é a clientela atendida nos serviços públicos avaliados nos estudos. Por essa maior visibilidade, tanto no país como na bibliografia internacional, costuma-se divulgar, erroneamente, que a população de estratos sociais mais baixos se envolve mais com a violência familiar.

Os trabalhos oriundos da área da saúde passam a incorporar outros setores do atendimento, em resposta ao sentimento de incompletude e frustração que os profissionais vivenciam no dia-a-dia e à real necessidade de um atendimento multidisciplinar e intersetorial. A obrigação de notificar os casos suspeitos ou constatados e o encaminhamento judicial demandado por alguns casos contribuem para a discussão. Dois trabalhos nessa direção são o de Silva (2001) e Tomio (2000). O primeiro discute os problemas existentes no encaminhamento das notificações feitas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para os Conselhos Tutelares (CT) e o segundo trata dos casos atendidos no CT de Itajaí/SC.

Há muitas dificuldades nos CT (especialmente pela falta de rede social de apoio), mas também falhas na própria rede de saúde e na comunicação entre os serviços. Silva (2001) aponta a necessidade de trabalho conjunto no acompanhamento dos casos, trocando informações e expondo mais as limitações de cada um. Argumenta que os profissionais de saúde precisam investir mais nos CT, trocando informações e acompanhando conjuntamente os casos, sempre que possível. Lembra ainda que os CT são um avanço e ao mesmo tempo um apoio ao trabalho dos profissionais de saúde nas unidades.

Os problemas com os CT são apenas a ponta do *iceberg*. O encaminhamento judicial é outro ‘calcanhar de Aquiles’ do sistema de atendimento. Gomes e col. (1998, 1999b) basearam-se em um levantamento de registros policiais de crianças que sofreram violência doméstica no Rio de Janeiro, no ano de 1990. Anos depois, constataram que das 105 ocorrências relatadas (número mínimo registrado para uma cidade tão grande), 25 tornaram-se inquéritos e só uma formou processo. Mesmo nesse caso, o suposto homicida foi inocentado.

Outro estudo que acompanhou o desenrolar de processos foi o de Roque (2001). Esse autor acompanhou 72 processos de crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos, constatando vários fatores estranguladores do fazer pelo judiciário. Dentre eles, tem-se a quantidade, tramitação e o andamento dos processos; a atuação dos funcionários; e a necessidade de a criança ser considerada como prioridade absoluta.

Por fim, iniciou-se na década de 90 uma sorte de publicações com a finalidade de sensibilizar e capacitar profissionais da saúde, denominados manuais, guias ou cartilhas (Monteiro Filho, 1997; Monteiro Filho & Phebo, 1997), Governo do Distrito Federal, s.d.; Assis, 1994; Deslandes, 1994b). Apoio de peso veio do Ministério da Saúde (Brasil, 1993; Brasil, 2002) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (1999; 2000). Na década de 90, houve mais de dez publicações em formato de guias e manuais de atuação diante de maus-tratos. Esse incremento de publicações de manuais e cartilhas destinadas a profissionais da área da saúde e educadores configura-se como uma inovação da década. Há uma preocupação, nesses instrumentos, de uma maior capacitação dos profissionais que lidam com a questão da violência.

Seguindo essa mesma tendência, dois livros foram publicados em 2002, versando sobre a atuação de serviços de atendimento à violência: um diz respeito ao Centro de Referência a Vítimas de Violência em São Paulo (Ferrari & Vecina, 2002) e o outro ao Centro Regional de Atenção aos Maus-tratos na Infância (Crami, 2002). Importa registrar que em ambos os livros estão definidas as abordagens teóricas utilizadas no atendimento, bem como propostas de ações concretas.

Atendimento direto à criança, psicodrama, grupos de pares são estratégias utilizadas. Oficinas de prevenção em comunidades são propostas como estratégias para a ação, configurando também outro caminho que os profissionais de saúde podem trilhar com mais determinação.

Nota-se uma tendência a um atendimento sistêmico, envolvendo a família como foco principal, e não apenas a criança vítima dos maus-tratos. Essa é uma boa perspectiva, porém ainda configura-se mais como ideal do que como realidade. Há ainda falta de conhecimento consolidado sobre intervenção direta nas famílias (incluindo os agressores).

A extensividade dos materiais encontrados sobre a temática dos maus-tratos mostra um significativo avanço, além de comprovar que o Estatuto da Criança e do Adolescente vai começando a ser implementado. A sociedade começa a perceber a necessidade de inclusão dessas crianças e adolescentes como cidadãos plenos de direitos a uma vida segura e saudável.

ADOLESCENTES EM CONFLITO COM A LEI

Foram analisados 17 trabalhos que abordam a questão da delinquência juvenil, dos quais dez configuram-se como dissertações e teses. Novamente, as áreas que mais aprofundaram essa temática foram a da saúde pública e a da psicologia. As publicações, em sua grande maioria, são provenientes dos estados do Rio de Janeiro e São Paulo. Surgem também alguns trabalhos da região Sul e de outros estados do país.

O imaginário social sobre o adolescente que comete infração é fruto de estudo de alguns autores em toda década pesquisada. Lefevre (1993), no artigo “Esta criança é um bandido! Este bandido é uma criança!”, propõe a análise da questão considerando os vários tipos de exclusão a que estão sujeitas as ditas ‘crianças-bandido’.

Outro tema que perpassa a maioria dos trabalhos na área da saúde pública diz respeito à ‘implementação do Estatuto da Criança e do Adolescente’, porém tendo-o mais como um coadjuvante, restrito às introduções dos textos e às proposições. Alguns autores chamam atenção para a necessidade de uma discussão mais aprofundada da lei (Lefevre, 1993).

Uma preocupação que perpassa a grande maioria dos estudos é a busca da ‘motivação para o cometimento do ato infracional’. Feijó (2000) investigou a motivação interna do jovem como fator importante para a sua entrada no mundo infracional. Assis (1999) analisou as razões que conduzem os jovens à infração em três níveis: estrutural (condições sociais), sociopsicológico (que se refere ao controle social da família, escola e demais instituições responsáveis pelo adolescente, a auto-estima e a influência do grupo) e nível individual (aspectos biológicos e psicológicos). Reflete que as múltiplas determinações são responsáveis pelas ações cometidas pelos jovens. O ‘possível social’ que cada um vivencia se mescla às capacidades individuais para possibilitar a infração.

A reflexão sobre as relações entre ‘excluídos e violência’ também se faz presente na bibliografia, com ênfase na relação entre pobreza, marginalidade e violência (Arpini, 1999; Bucher e col., 1994; Siqueira,

1996; Minayo & Deslandes, 1998; Arpini, 1999). Todos os autores concordam que é na parcela menos favorecida da sociedade que grande parte da violência social é atribuída, mas existe uma inconsistência em relacionar diretamente pobreza e criminalidade.

Outro tema muito presente nos textos e visto como fator causal é o 'uso de drogas'. Minayo & Deslandes (1998) discutem as complexas relações existentes entre drogas e violência. Analisam os problemas conceituais e metodológicos relacionados ao estabelecimento de nexos causais, riscos e associações. Apontam para um debate necessário no campo da saúde pública e das políticas sociais. O consumo elevado, a mistura de várias substâncias ao mesmo tempo e a falta de locais de atendimento também permeiam os estudos existentes.

Bucher e col. (1994), em seu ensaio sobre a delinquência juvenil e consumo de drogas, buscou analisar a relação comumente apontada entre consumo de drogas e delinquência juvenil à luz dos processos penais arquivados no antigo Juizado de Menores de Brasília. Os resultados obtidos indicam que não existe uma relação causal unívoca entre os dois fatores. As questões dos preconceitos e estereótipos presentes no imaginário social são discutidas, bem como algumas consequências decorrentes do novo Estatuto da Criança e do Adolescente para a penalização das infrações cometidas por jovens, vinculadas ao uso de drogas ou a outros determinantes socioeconômicos da delinquência juvenil.

Um tema que ganha espaço na década de 90 e em anos mais recentes, não mencionado nas publicações no campo da saúde na década de 80, refere-se a 'inserção de jovens no tráfico de drogas' (Meirelles, 1998; Assis, 1999; Assis & Constantino, 2001; Moreira, 2000; Constantino, 2001). Desses trabalhos, três são frutos de dissertação de mestrado na área da saúde pública, o que caracteriza a importância dessa discussão no campo da saúde. É importante ressaltar que o número de publicações sobre essa temática no campo das ciências sociais (que não é o objeto desta análise e que apresentava nas décadas anteriores a hegemonia desse tipo de discussão) também aumenta significativamente nessa década. Essa preocupação é a característica mais presente entre pesquisadores do Rio de Janeiro, provavelmente pela importância que o mercado ilegal de drogas tem nesta cidade.

Meirelles (1998) localiza a inserção de adolescentes no narcotráfico carioca como uma nova forma de trabalho que coloca esse grupo em máxima vulnerabilidade social. Segundo ela, a inserção de crianças e adolescentes no narcotráfico vem ganhando forte expressão e já disputa um espaço significativo no *ranking* do mercado informal de trabalho dos adolescentes

nesse contexto. A autora observa que apesar do grande número de mortes que acometem jovens nessa prática isso não impede a entrada de outros meninos nesse mercado. Constantino (2001) alerta para a inserção da menina no tráfico de drogas. Segundo a autora, mesmo conscientes dos riscos a que estão expostas, as jovens assumem e ‘escolhem’ esse tipo de inserção. Deixa claro, no entanto, que tal escolha se dá dentro de um leque restrito de oportunidades, dentro do que Sartre chama de “possível social”. Madureira (1996) buscou compreender o ser adolescente infrator, a partir de seu discurso, captando-lhe o significado atribuído à própria existência. Assim como Constantino (2001), traz a discussão para a questão da liberdade e do determinismo. Trabalha com a definição dos próprios jovens sobre o que é ser infrator. Ela afirma:

Os adolescentes, ao serem interrogados sobre o que é ser infrator, revelam a sua trajetória, associando o ser infrator ao abandono, às dificuldades nas relações familiares, à pobreza, ao uso de drogas, às solicitações do mundo, quase que exclusivamente. Mais do que isto, revelam estar presos às amarras da vida; não fazendo escolhas (na visão deles), não são livres. Não optam. Não vislumbram possibilidades de mudanças. (Constantino, 2001, p.78)

Chama também atenção a grande quantidade de publicações, na década de 80, no campo da psiquiatria. Alguns estudos tentam fazer uma relação entre a patologia mental e o crime. Borges (1986) busca, através do estudo de casos clínicos, analisar as relações entre as personalidades psicopáticas e a delinquência juvenil. Na mesma linha, Bucher (1994) apresenta os aspectos psicopatológicos e psicodinâmicos na delinquência juvenil. Parece que a maior tendência na década de 80 foi o estudo do comportamento delinquente e criminoso à luz da psiquiatria, o que já não acontece na década de 90, na qual algumas publicações apresentam uma visão bastante crítica da ‘patologização’ do ato delinquente e da vivência de rua.

Jozef (2000) faz uma correlação entre o comportamento violento do infrator e a disfunção cerebral. Conforme o autor, há evidências de correlação entre disfunção cerebral frontal e comportamento homicida em não-psicopatas.

Uma outra contribuição da psiquiatria no campo da delinquência é a de Assunção & Kuczynski (2000). Esses autores apresentam, a partir de trabalhos publicados na literatura médica, como as idéias de degeneração permearam o conceito de delinquência na criança e no adolescente, influenciando de maneira importante na questão conceitual. Acentuam que estas idéias continuaram presentes em nosso meio, mesmo quando já se encontravam em desuso em países desenvolvidos, mostrando-se, assim,

representativas de um pensamento anacrônico e reacionário, bem como decorrente de todo um processo de dominação cultural.

No final do século se questionou essa visão da prática de atos delinquentes associados diretamente a patologia. Dois trabalhos trazem uma visão bastante crítica a esse posicionamento. Bentes (1999) faz um estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes infratoras através de encaminhamento judicial. Segundo a autora, as internações via mandato judicial representam um terço do total de primeiras internações de crianças e adolescentes de sexo masculino da unidade estudada. Segundo ela:

há uma inquestionável parceria de nossas práticas (psiquiátricas) com a dos mais arraigados defensores da exclusão social dos invencíveis, denominação criada por Ligia Costa Leite para designar meninos e meninas de rua que não se deixaram domar pelos mais grosseiros e mais sutis instrumentos sociais de opressão. (Bentes, 1999, p. 113)

Bentes aponta ainda que, embora em muitos casos não haja justificativa técnica para a internação psiquiátrica, ficam internados mais tempo que os demais que possuem quadros psiquiátricos que demandam internação.

Nesta mesma linha, Lima (1993) realiza um estudo epidemiológico de uma população de crianças e adolescentes internados na colônia Juliano Moreira vindos diretamente da Funabem. O estudo tentou demonstrar como a questão da loucura se coloca ao lado da problemática desviante e aponta uma das formas mais graves de psiquiatrização: a internação de crianças ou adolescentes vindos de uma instituição para proteção e bem-estar de menores em uma instituição para pacientes psiquiátricos crônicos. Confirma, como Bentes (1999), que a maioria dos casos não apresentava diagnóstico plausível para a internação. Segundo Lima (1993): “Sua internação é o resultado de uma política de saúde que, por seu caráter excludente, segregador e privatizante, transforma abandono, carência e pobreza em doença mental” (Lima, 1993, p. 104).

Mais recentemente, com esta mesma visão, situa-se a tese de Westphal (2001). Em seu estudo *Meninos de rua: investigando o estigma da insanidade*, a autora traz histórias de respostas positivas a uma socialização de risco. Segundo ela:

Os meninos/jovens entrevistados romperam com a lógica da pobreza como humilhação, manifestando sua indignação através de um comportamento que superficialmente pode ser classificado como Distúrbio de Conduta. No entanto

acreditamos que, considerando a etapa de desenvolvimento e o contexto sociocultural em que se dá esse desenvolvimento, o comportamento de meninos de rua não deve ser *a priori* diagnosticado como anormal ou irreversível. (Westphal, 2001, p. 161)

Existe uma maior preocupação, na década de 90, com as 'condições de saúde' de jovens institucionalizados. Assis (1999) aponta para as precárias condições a que os adolescentes infratores estão submetidos nas unidades de internação.

Outra iniciativa da área da saúde é a tese defendida por Hamann (1996), que avalia as situações de risco e de prevenção de HIV/AIDS a que estavam sujeitos os adolescentes do hoje extinto Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência (CBIA). Esse autor constatou a pouca consistência e fragmentação sobre HIV/Aids repassada como informação para os internos. Propôs, então, a construção de uma inovadora práxis interdisciplinar na educação em saúde, que tivesse como base, a valorização do sujeito-cidadão ativo e consciente.

O total desrespeito ao Estatuto da Criança e do Adolescente na área que cuida de adolescentes em conflito com a lei é flagrante. O ECA para as instituições que cuidam de infratores é apenas uma quimera, consolidando a visão de que o 'Estatuto protege o infrator'. Praticamente nada do que preconiza para o atendimento socioeducativo foi realizado nesses doze anos de existência e aprovação do ECA. Frequentemente se ouve que os legisladores deveriam modificar essa lei protetora, quando, efetivamente, ela não está sendo implementada e experimentada na prática.

Três temas ressaltam dos textos que tratam de crianças e jovens infratores de forma crítica: a problemática da real descentralização do atendimento dos jovens que cumprem medida de internação; a ineficácia dessa medida nos moldes atuais; a possibilidade da aplicação de medidas alternativas à internação, sempre que possível em meio aberto (Gomide, 1990). Espera-se que o novo século que se inicia traga avanços para essa jovem população, cujo processo de exclusão começa ao nascer, se consolida durante o crescimento e desenvolvimento e se perpetua com a institucionalização.

Finalizando, poder-se-ia concluir que, realmente, a década de 90 colocou o tema da Violência contra Crianças e Adolescentes, de forma muito ampla, na pauta da geração de conhecimento científico e de formulação de estratégias sociais. O que foi produzido, frequentemente fundamentado na lei de proteção que se constituiu com o ECA, avançou na compreensão do fenômeno, na desmitificação do pátrio poder e dos maus-tratos como problemática de foro privado e conseguiu questionar a família, a socieda-

de e o próprio Estado em seu poder normatizador e punitivo. Muito há por fazer, sobretudo no sentido de articulação da construção teórica com a ação política e com a prática de atenção e prevenção. Ninguém pode desconhecer que, proteger crianças e adolescentes, além de contribuir para seu crescimento e desenvolvimento, fortalece a ampliação da cidadania e torna o país mais civilizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAPIA. *Maus-tratos contra crianças e adolescentes: proteção e prevenção*. Petrópolis, RJ: Autores & Agentes Associados, 1997.
- ABREU, V. C. *Família na rua: uma experiência de serviço social junto a 3 famílias do Largo da Carioca-Centro/RJ*, 1991. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- ALTOÉ, S. *Infâncias perdidas: o cotidiano nos internatos/prisão*. Rio de Janeiro: Xenon, 1990.
- ARPINI, D. M. Adolescentes em situação de risco: fronteiras entre um sujeito violento e um sujeito violentado. *Insight Psicoterapia*, 8(86):15-21, 1998.
- ARPINI, D. M. Adolescência e violência: reflexões a partir da história. *Revista Psicologia Argumento*, 17(24):99-112, 1999.
- ASSIS, S. G. *Quando crescer é um desafio social: estudo socioepidemiológico sobre violência em escolares de Duque de Caxias-RJ*, 1991. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- ASSIS, S. G. *Crescer sem violência: um desafio para educadores*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/Claves, 1994.
- ASSIS, S. G. *Trajetória socioepidemiológica da violência contra crianças e adolescentes: metas de prevenção e promoção*, 1995a. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- ASSIS, S. G. Violência Doméstica: estudo epidemiológico sobre a vitimização física dos adolescentes de Duque de Caxias - Rio de Janeiro. *Medicina*, 28(1): 51-60, 1995b.

- ASSIS, S. G. *Traçando caminhos em uma sociedade violenta: a vida dos jovens infratores e de seus irmãos não infratores*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- ASSIS, S. G. & CONSTANTINO, P. *Filhas do mundo: a infração juvenil feminina no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- ASSIS, S. G. & AVANCI, J. Q. *Olhando-se no espelho: o adolescente e a auto-estima*. Rio de Janeiro: Claves, 2003. Relatório Final de Pesquisa (Mimeo.)
- ASSUMPÇÃO JR., F. B. & KUCZYNSKI, E. A delinquência juvenil e as idéias de degeneração na psiquiatria brasileira. *Pediatria Moderna*, 36(12): 835-840, 2000.
- AVANCI, J. Q. *Um retrato da auto-estima na família: estudo sócio-epidemiológico sobre violência em escolares de São Gonçalo, Rio de Janeiro*, 2003. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.
- AZEVEDO, M. A. & GUERRA, V. N. A. *Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento*. São Paulo: Cortez, 1993.
- AZEVEDO, M. A. & GUERRA, V. N. A. O que perguntam os profissionais da comunicação? In: *Infância e violência doméstica: perguntelho*. São Paulo: IPUSP/Laboratório de Estudos da Criança, 1994. p. 131-152
- AZEVEDO, M. A. & GUERRA, V. N. A. O que perguntam os profissionais da saúde? In: *Infância e violência doméstica: perguntelho*. São Paulo: IPUSP/Laboratório de Estudos da Criança, 1994. p. 47-57
- AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. O que todos perguntam. In: *Infância e violência doméstica: perguntelho*. São Paulo: IPUSP/Laboratório de Estudos da Criança, 1994. p. 25-45.
- BARISON, M. S. Famílias envolvidas em situação de maus-tratos contra a criança e o adolescente. *Cadernos do Centro Brasileiro para a Infância e Adolescência*, 1(4): 39-43, 1992.
- BARREIRA, C. (coord.). et al. *Ligado na galera: juventude, violência e cidadania na cidade de Fortaleza*. Brasília: Unesco, 1999.
- BENTES, A. L. S. *Tudo como dantes no quartel d'Abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial*, 1999. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- BIEHL, J. I. *Criança hospitalizada por maus-tratos: o cuidado e o significado das vivências de cuidadores de Enfermagem*, 1997. Dissertação de Mestrado,

Florianópolis: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.

BITTENCOURT, C. B. F. Violência sexual contra crianças: implicações psicológicas. *Pediatria Moderna*, 3(31): 420-424, 1995.

BORGES, R. W. Psicopatologia e delinquência juvenil. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria*, 8(3): 129-132, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Violência contra a criança e o adolescente: proposta preliminar de prevenção e assistência à violência doméstica*. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: normas técnicas*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil*. Brasília: Ministério da Justiça, 2001. (Garantia de Direitos, v.5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Cadernos de Atenção Básica, 8)

BRETAS, J. R. S. O enfermeiro frente à criança vitimizada. *Acta Paulista de Enfermagem*, 7(1): 03-10, 1994.

BUCHER, R.; DONEDA, D. & CARMO, R. A. Acerca de delinquência juvenil e consumo de drogas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 10(2): 287-297, 1994.

CAMARGO, C. L. & BURALLI, K. O. Violência familiar: contra crianças e adolescentes. Salvador: [S.n.], 1998.

CAMPOS, J. R.; NASCIMENTO, L. G. & ALMEIDA JÚNIOR, W. J. Violência sexual em Belo Horizonte: pesquisa no Instituto Médico Legal. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, 7(104): 221-230, 1994.

CARDOSO MELLO, A. C. M. P. *O Brincar de crianças vítimas de violência física doméstica*, 1999. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

CARIOLAS, T. C. et al. A posição da criança vítima de maus-tratos na constelação familiar. *Pediatria Moderna*, 31(2): 158-162, 1995.

CARVALHO, V. S. et al. Tempo gasto por crianças assistindo televisão. *Revista do Instituto Materno Infantil de Pernambuco*, 5(2): 117-119, 1991.

- CAVALCANTI, A. L.; VALENÇA, A. M. G. & DUARTE, R. C. O Odontopediatra diante de maus-tratos infantis: diagnóstico e conduta. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia do Bebê*, 3(16): 451-455, 2000.
- CAVALCANTI, M. L. T. Estudo descritivo dos registros de violência doméstica no Conselho Tutelar de Niterói. *Cadernos Saúde Coletiva*, 7(1): 99-123, 1999a.
- CAVALCANTI, M. L. T. Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1): 193-200, 1999b.
- CBIA/UNICEF. A violência contra crianças e adolescentes. In: *Bahia: suas crianças e adolescentes - o que está acontecendo?*. [S.l.: s.n.], 1991.
- CENTEVILLE, M. Incidência e tipos mais freqüentes de castigos aplicados pelos pais ou responsáveis a escolares da cidade de Campinas. São Paulo: *Pediatria Moderna*, 33(3):99-105, 1997.
- CHIAPETTI, N. *Caracterização do perfil psicossocial de pré-adolescentes institucionalizados*, 1996. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- CONSTANTINO, P. *Entre as escolhas e os riscos possíveis: a inserção das jovens infratoras no tráfico de drogas*, 2001. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- CORSINI, E. *Menina-Mulher: um estudo sobre as causas da prostituição infanto-juvenil em Campo Grande*, 1999. Dissertação de Mestrado, Campo Grande: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.
- CRAMI-CAMPINAS (org.). *Abuso sexual doméstico: atendimento às vítimas e responsabilização do agressor*. São Paulo: Cortez, 2002. (Fazer Valer os Direitos, v.1)
- CRUZ NETO, O.; SOUZA, E. R. & ASSIS, S. G. Entre o determinismo e a superação: algumas considerações. In: MINAYO, M. C. S. (org.). *Limite da exclusão social: meninos e meninas de rua no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 117-124. (Saúde em Debate, 62)
- CUNHA, J. M. *Atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: impasses e desafios*, 1998. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.

- DAVOLI, A. & OGIDO, R. A negligência como forma de violência contra a criança e a importância da atuação médica. *Jornal de Pediatria*, 68(11/12): 405-408, 1992.
- DE ANTONI, C. *Vulnerabilidade e resiliência familiar na visão de adolescentes maltratadas*, 2000. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- DE ANTONI, C. & KOLLER, S. H. A visão de família entre as adolescentes que sofreram violência intrafamiliar. *Estudos de Psicologia*, 5(2): 347-381, 2000a.
- DE ANTONI, C. & KOLLER, S. H. Vulnerabilidade e resiliência familiar: um estudo com adolescentes que sofreram maus-tratos intrafamiliares. *Psicologia*, 31(1): 39-66, 2000b.
- DESLANDES, S. F. *Maus-tratos na infância: um desafio para o sistema público de saúde - análise da atuação Crami/Campinas*. Rio de Janeiro: [S.n.], 1993.
- DESLANDES, S. F. Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (supl. 1): 177-187, 1994a.
- DESLANDES, S. F. *Prevenir a violência: um desafio para profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/Claves, 1994b. (Superando a Violência, 2).
- EIDT, O. R.; BIEHL, J. I. & ALGERI, S. Atelier de vivências: um ambiente propício à construção do cuidado à criança hospitalizada por maus-tratos. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 19(1): 47-55, 1998.
- ESCOREL, S. *Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- FARINATTI, F. A. S. Reconhecendo a síndrome da criança maltratada. *Revista Médica da Santa Casa [de Porto Alegre]*, 7(13): 1379-1383, 1995.
- FEIJÓ, M. C. C. *Raízes da violência: percepção dos adolescentes quanto ao clima motivacional familiar*, 2001. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- FERRARI, D. C. A. & VECINA, T. C. C. (orgs.). *O Fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática*. São Paulo: Ágora, 2002.
- FERREIRA, A. L.; GONÇALVES, M. S.; MARQUES, M. J. V. & MORBUS, S. R. S. A prevenção da violência contra a criança na experiência do ambulatório de atendimento à família: entraves e possibilidades de atuação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1): 123-130, 1999.

- FERREIRA, A. L. & SCHRAMM, F. R. Implicações éticas da violência doméstica contra a criança para profissionais de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 34(6): 659-665, 2000.
- FERREIRA, A.L. *O atendimento a crianças vítimas de abuso sexual: avaliação de um serviço público*, 2002. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- FIGARO, C. J. *Um amargo imprevisto que acontece: um estudo sobre as representações de estupro*, 1994. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- FIGUEIREDO, K. C. *Representações sociais de violência: a visão da criança e do adolescente*, 2000. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina.
- FLORES, R. Z. & CAMINHA, R. M. Violência sexual contra crianças e adolescentes: algumas sugestões para facilitar o diagnóstico correto, *Revista Psiquiatria* [do Rio Grande do Sul], 2(16): 158-167, 1994.
- FONSECA, N. M. O assistente social e a intervenção nas situações de violência. *Revista Pesquisa Médica*, 2(26): 53-54, 1992.
- FONTES, F. J. G. *Mortalidade de crianças e adolescentes por causas externas em Sergipe: 1990 a 1996*, 1998. Dissertação de Mestrado, Aracaju: Universidade Federal de Sergipe.
- FONTES, V. Apontamentos para pensar as formas de exclusão. *Proposta*, 65, 1997.
- FORSTER, L. M. K. et al. Meninos na rua: relação entre abuso de drogas e atividades ilícitas. *Revista ABP-APAL*, 14(3): 115-120, 1992.
- FOUCAULT, M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1996.
- GAUDERER, E.C. & MORGADO, K. Abuso sexual na criança e no adolescente. *Jornal de Pediatria*, 68(7/8): 234-247, 1992.
- GOMES, R. A violência enquanto agravo à saúde de meninas que vivem nas ruas. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 10 (supl. 1): 156-167, 1994a.
- GOMES, R. Prostituição infantil: uma questão da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1): 58-66, 1994b.

- GOMES, R. Da denúncia à impunidade: um estudo sobre a morbimortalidade de crianças vítimas de violência. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2): 301-311, 1998.
- GOMES, R.; ALMEIDA, A. B. B. & ECTEINS, I. B. A saúde e o direito da criança ameaçados pela violência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 7(3): 05-08, 1999b.
- GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P. & NJAINE, K. Prevenção à violência contra a criança e o adolescente sob a ótica da saúde: um estudo bibliográfico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1): 171-181, 1999a, 1999b, 1999c.
- GOMIDE, P. I. C. *Análise do processo de integração do menor infrator ao meio social*, 1990. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- GONÇALVES, H. S. *Infância, adolescência e crime: (des)caminhos da disciplina*, 1993. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. & MARQUES, M. J. V. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública*, 33(6): 547-553, 1999.
- GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Saúde. *Orientação Para Profissionais de Saúde no Atendimento à Criança e ao Adolescente Vítimas de Maus-Tratos*. Brasília: Secretaria de Saúde, S.d.
- GUEDES, L. G. *Violência doméstica: prevalência e fatores associados em famílias atendidas num serviço de emergência pediátrica*, 1996. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- GUERRA, V. N. A.; SANTORO JÚNIOR, M. & AZEVEDO, M. A. Violência doméstica contra crianças e adolescentes e políticas de atendimento: do silêncio ao compromisso. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 22(1): 70-96, 1992.
- GUIRADO, S. M. *Características do sistema familiar da criança espancada*, 1992. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- GURGEL, H. F. *Do abandono à esperança: resgatando laços de afeto - uma experiência junto a meninos de rua e suas famílias*, 1995. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

- HAMANN, E. M. *Adolescente pobre, escola e prisão: as práticas das representações e cenários culturais dos riscos de HIV/AIDS*, 1996. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- HASSELMANN, M. H.; LOPES, C. S. & REICHENHEIM, M. E. Confiabilidade das aferições de estudo sobre violência familiar e desnutrição severa na infância. *Revista de Saúde Pública*, 32(5): 437-446, 1998.
- HASSELMANN, M. H. *Violência familiar e a ocorrência de desnutrição grave na infância; um estudo caso-controle e suas investigações ancilares*, 2002. Tese de Doutorado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- JOZEF, F. et al. Comportamento violento e disfunção cerebral: estudo de homicidas no Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3): 124-129, 2000.
- JUNQUEIRA, M. F. Abuso sexual da criança: contextualização. *Pediatrica Moderna*, 34(7): 432-436, 1998.
- KASPRZAK, R. G. *Desenhos animados em tempo de violência: uma contribuição para pensar a construção de valores sociomoraís em crianças pré-escolares*, 1997. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- KORN, G. P. et al. Síndrome dos maus-tratos em crianças. *Pediatrica Moderna*, 34(8): 455-460, 1998.
- KRISTENSEN, C. A. Abuso sexual em meninos, 1996. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- LAMANNO-ADAMO, V. L. C. Violência doméstica: uma contribuição da psicanálise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1): 153-159, 1999.
- LEÃO, T. C. C. *Violência contra crianças e adolescentes: estudo do processo de vitimização*, 1993. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- LEFEVRE, F. Violação e violência: resgatando a violação como fato cultural. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 11(2): 36-42, 1992.
- LEFEVRE, F. Esta Criança é um Bandido! Este Bandido é uma Criança! *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 3(2): 71-77, 1993.

- LIMA, L. A. *O estigma do abandono: estudo epidemiológico de uma população de crianças e adolescentes internados na Colônia Juliano Moreira vindos diretamente da Funabem*, 1993. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- LIPPI, J.R.S. *Abuso e negligência na infância: prevenção e direitos*. Rio de Janeiro: ECN, 1990.
- LUCCHINI, R. *Enfant de la rue: identité, sociabilité, drogue*. Génève: Librairie Droz, 1993.
- LUSK, M.W. *Street children of Rio de Janeiro: preliminary issues and findings*. Utah: Utah State university, 1989. (Mimeo.)
- MACHADO, E. P. & TAPPARELLI, G. Violência juvenil, infração e morte nas quadrilhas de Salvador. *Cadernos do CEAS*, 165: 63-91, 1996.
- MADUREIRA, M. D. *O ser adolescente infrator: significando a própria existência*, 1996. Dissertação de Mestrado, Belo Horizonte: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.
- MAGALHÃES, C. M. C. Agressão em crianças: influência de sexo e revariáveis situacionais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 11(1): 7-12, 1995a.
- MAGALHÃES, C. M. C. *Agressão, aliança e reconciliação em crianças pré-escolares*, 1995b. Tese de Doutorado, São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- MARCZYK, F. F. et al. Síndrome de Munchausen: relato de dois casos, *Revista de Psiquiatria [do Rio Grande do Sul]*, 18(2): 220-224, 1996.
- MARMO, D. B.; DAVOLI, A. & OGIDO, R. Violência doméstica contra a criança (Parte I). *Jornal de Pediatria*, 6(71): 313-316, 1995.
- MARMO, D. B. et al. A violência doméstica contra a criança. São Paulo: Nestlé Nutrição Infantil, 1999. (Temas de Pediatria, 68)
- MARQUES, M. A. B. (org.). *Violência doméstica contra crianças e adolescentes*. Petrópolis: Vozes, 1994.
- MAZZEI, A. M. D. *A integração possível: análise das variáveis de vinculação/desvinculação de crianças e adolescentes em suas comunidades de origem*, 2002. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.
- MEIRELLES, Z. V. *Vida e trabalho de adolescentes no narcotráfico numa favela do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: [s.n.], 1998.
- MELLO, A. B. (org.). *Os meninos infratores: quantos são eles, quem são eles*. Recife: Centro Interuniversitário de Estudos da América Latina, África e Ásia (CIELA), 1991. (Relatório de Pesquisa/Mimeo.)

- MELLO JORGE, M. H. P. O papel da escola na prevenção de acidentes e violências na infância e na adolescência. *Revista Brasileira de Saúde Escolar*, 3(1/4): 159-167, 1994.
- MELLO, S. L. Estatuto da criança e do adolescente: é possível torná-lo uma realidade psicológica?. *Psicologia-USP*, 10(2): p. 1-9, 1999.
- MELLO, Y. B. Problemas psicológicos encontrados em crianças que vivem em contato constante com a violência: um depoimento. *Estudos em Psicologia*, 3(2), 1998. Disponível em: <<http://www.psicosite.com.br>>.
- MENEGHEL, S. N. *Famílias em pedaços: um estudo sobre violência doméstica e agressividade na adolescência*, 1996. Tese de Doutorado, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- MENEGHEL, S. N.; GIUGLIANI, E. J. & FALCETO, O. Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2): 327-335, 1998.
- MENEZES, M. G. P. et al. A criança vítima de maus-tratos atendida em serviços de emergência. *Pediatria*, 18(2): 75-81, 1996.
- MENEZES, D. M. A. & BRASIL, K. C. T. Dimensões psíquicas sociais da criança e do adolescente em situação de rua. *Psicologia Reflexão/Crítica*, 11(2), 1998. Disponível em: <<http://www.psicologia.ufrgs.br/revista>>.
- MERA, C. R. *Os maus-tratos a criança: uma abordagem histórica e social*, 1991. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- MINAYO, M. C. S. (org.). *Bibliografia comentada da produção científica brasileira sobre violência e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp, 1990. (Panorama Ensp, 2)
- MINAYO, M. C. S. *Meninos e meninas de rua: expressão paradigmática antiecológica da violência social brasileira*. Rio de Janeiro: Claves, 1992.
- MINAYO, M. C. S. Desigualdade, violência e ecologia no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(2): 241-250, 1994.
- MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 1(2): 91-102, 2001.
- MINAYO, M. C. S. & ASSIS, S. G. Violência e saúde na infância e adolescência: uma agenda de investigação estratégica. *Saúde em Debate*, 39: 58-63, 1993.
- MINAYO, M. C. S. & ASSIS, S. G. Saúde e violência na infância e na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 70(5): 263-266, 1994.

- MINAYO, M. C. S. & DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(1): 35-42, 1998.
- MIOTO, R. C. T. *Famílias de jovens que tentam suicídio*, 1994. Tese de Doutorado, Campinas: Universidade Estadual de Campinas.
- MIRANDA, A. M. *Chapeuzinho vermelho e o lobo mau: infância abusada na mira do "caçador"*, 2002. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- MONTEIRO FILHO, L. Abuso sexual. In: COATES, V.; FRANÇOSO, L. A. & BEZNOS, G. W. *Medicina do adolescente*. São Paulo: Sarvier, 1993. p. 484- 86.
- MONTEIRO FILHO, L. (coord.). *Abuso sexual: mitos e realidade*. Petrópolis, RJ: Autores & Agentes Associados, 1997. (Garantia de Direitos/FIA-RJ, 3)
- MONTEIRO FILHO, L. & PHEBO, L. B. (coord.). *Maus-tratos contra criança e adolescentes: proteção e prevenção - guia de orientação para profissionais de saúde*. 2. ed. Petrópolis: Autores & Agentes Associados, 1997.
- MONTEIRO, M. C. N. *Estudo descritivo de aspectos psicossociais de pais e responsáveis agressores de crianças e adolescentes atendidos no CRAMI - Campinas - SP*, 1992. Dissertação de Mestrado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- MONTEIRO, M. C. N. *As representações sociais de agressões físicas sofridas, em casa, durante a infância: estudo comparativo com 90 adolescentes de Campinas, SP*, 1998. Tese de Doutorado, Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- MONTEIRO, M. C. N.; CABRAL, M. A. A. & JODELET, D. As representações sociais da violência doméstica: uma abordagem preventiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1): 161-170, 1999.
- MONTEIRO, M. C. N.; CABRAL, M. A. A. & MORGADO, A. F. Violência contra crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. *Arquivo Brasileiro de Pediatria*, 2(6): 153-156, 1995.
- MORAES, P. F. *Meninas de rua: procura-se uma saída!*, 1994. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- MORAIS, E. P. *Negligência nos cuidados de saúde com crianças e adolescentes: uma proposta para atuação da enfermeira com famílias*, 1998. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.
- MOREIRA, M. R. *Nem soldados, nem inocentes: jovens e tráfico de drogas no município do Rio de Janeiro*, 2000. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

- MORGADO, A. F. *O estigma do abandono*, 1993. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- MOURA, A. T. M. S. *Violência familiar contra a criança em um serviço de saúde: gerando informação para ação*, 2002. Dissertação de Mestrado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- MUZA, G. M. A criança abusada e negligenciada. *Jornal de Pediatria*, 70(1): 56-60, 1994.
- NEUMANN, M. M. & OLIVEIRA, M. C. F. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: notificações recebidas pelo Centro de Atenção aos Maus-tratos na Infância. *Psicólogo Informação*, 1(1): 37-48, 1997.
- NOGUCHI, M. S. *Perfil das alterações fonoaudiológicas em crianças vítimas de violência intrafamiliar*, 2001. Projeto de Tese, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- NOGUEIRA, M. A. O papel da escola na prevenção dos maus-tratos na infância e adolescência. *Revista Brasileira de Saúde Escolar*, 3(1-4): 241-243, 1994.
- NORONHA, C. V. *Domínios do medo social: violência, crime e pobreza na grande Salvador*, 2000. Tese de Doutorado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.
- OSHIRO, F. A. B. *Depressão e violência familiar: estudo de irmãos vítimas de maus-tratos e abandono*, 1994. Dissertação de Mestrado, Campinas: Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- RAMOS, F. A. G. *Meninos e meninas ditos "de rua" e o olhar de técnicos do programa de saúde do adolescente - Maranhão*, 1996. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- REICHENHEIM, M. E. & HASSELMANN, M. H. Consequência da violência familiar na saúde da criança e do adolescente: contribuições para a elaboração de propostas de ação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1): 109-121, 1999.
- RIBEIRO, I. M. *Interação: a enfermagem assistindo a família da criança maltratada*, 1990. Dissertação de Mestrado, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- RIBEIRO, L. M. A. *Abuso sexual contra a criança: introdução a uma abordagem psicanalítica das representações no abuso sexual contra a criança*, 1996. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

- RIBEIRO, R. L. R. *A violência à criança hospitalizada: a dimensão ética da intervenção terapêutica*, 1998. Dissertação de Mestrado, Florianópolis, SC/Cuiabá, MT: Mestrado Interinstitucional - Universidade Federal de Santa Catarina/ Universidade Federal de Mato Grosso.
- RIZZINI, I. Menores institucionalizados e meninas de rua: os grandes temas de pesquisa na década de oitenta. Rio de Janeiro: Universidade Santa Úrsula, 1991. (Mimeo.)
- ROCHA, M. C. N. *A violência na infância e na adolescência: vítimas e infratores*, 1994. Dissertação de Mestrado, Belo Horizonte: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais.
- ROQUE, E. M. S. T. *A violência na família contra crianças e adolescentes e a percepção dos operadores do direito, na Comarca de Jardinópolis - SP*, 2001. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- ROSEMBERG, F. Estimativa de crianças e adolescentes em situação de rua na cidade de São Paulo. *Cadernos de Pesquisa*, 91: 30-45, 1994.
- ROSEMBERG, F. Estimativa sobre crianças e adolescentes em situação de rua: procedimentos de uma pesquisa. *Psicologia: reflexão e crítica*, 9(1): 21-58, 1996.
- RUZANY, M. H. *Mapa da situação de saúde do adolescente no município do Rio de Janeiro*, 2000. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- SALVADOR, A. C. *Relações violentas numa dinâmica familiar: análise de um caso social*, 1994. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- SANTORO JÚNIOR, M. Prevenção da vitimização doméstica de crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 67(5/6): 201-204, 1991.
- SANTORO JÚNIOR, M. Vitimização e negligência. In: COATES, V.; FRANÇOSO, L. A. & BEZNOS, G. W. (coord.). *Medicina do Adolescente*. São Paulo: Sarvier, 1993. 1993. p. 476-486.
- SANTORO JÚNIOR, M. Saúde e violência na infância e na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 70(5): 259-261, 1994.
- SANTOS, E. V. *Para além do desfecho: a violência física doméstica como processo social e como questão da Saúde Coletiva*, 1999. Tese de Doutorado, São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

- SANTOS, N. O. D. *Abuso sexual: vítimas das relações familiares*, 1995. Dissertação de Mestrado, Salvador: Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.
- SAWAIA, B. (org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001. (Coleção Psicologia Social)
- SEABRA, A. S. & NASCIMENTO, H. M. Abuso sexual na infância. *Pediatria Moderna*, 34(7): 395-415, 1997.
- SEABRA, A. S. & NASCIMENTO, H. M. Abuso sexual na infância. *Arquivo Brasileiro de Pediatria*, 4(3): 72-82, 1998.
- SEIBEL, H. Dinâmica dos maus-tratos à criança: características do adulto maltratante e da criança maltratada – o mau-trato como perturbação do vínculo mãe-filho. *Revista Pesquisa Médica*, 26(2): 51-52, 1992.
- SEIXAS, A. H. Abuso sexual na adolescência. *Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. p.117-135.
- SHANSIS, F.; GREVET, E. H. & WILHEMS, F. Maus-tratos na infância: a importância e a compreensão das dificuldades de sua detecção na escola. *Revista de Psiquiatria [do Rio Grande do Sul]*, 17(1): 52-55, 1995.
- SILVA, C. A. A. Dores e lesões músculo-esqueléticas associadas a computadores e video games em crianças e adolescentes. *Pediatria*, 21(4): 298-301, 1999.
- SILVA, D. F. M. *Estilo atribucional em adolescentes infratores e não infratores*, 1999. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre, RS: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- SILVA, K. H. *Notificações de maus-tratos contra crianças e adolescentes da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro aos Conselhos Tutelares: uma relação em construção*, 2001. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueiras, Fundação Oswaldo Cruz.
- SILVEIRA, E. M. P. *Meninas em conflito com a lei: Chapeuzinho vermelho ou lobo mau?*, 1999. Dissertação de Mestrado, Fortaleza, CE: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará.
- SIQUEIRA, M. D. A vida escorrendo pelo ralo: as alternativas de existência dos meninos de rua. *Estudos de Psicologia*, 2(1): 161-174, 1996.
- SKABA, M. M. V. F. *O vício da adrenalina: etnografia da violência num hospital de emergência*, 1997. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Guia de adolescência: orientação para profissionais da área médica*. Rio de Janeiro: SBP, 1999.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Guia de atuação frente a maus-tratos na infância e na adolescência: orientação para pediatras e demais profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: SBP, 2000.
- SOMENZI, L. et al. Transtornos alimentares e sua relação com abuso sexual na infância: relato de um caso. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 18(3): 367-373, 1996.
- SUDBRACK, M. F. O. Da falta do pai à busca da lei: o significado da passagem ao ato delinqüente no contexto familiar e institucional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 8(supl.): 447-457, 1992.
- SUKIENNIK, P. B. Alguns aspectos sobre a desumanização e os maus-tratos na infância e adolescência. *Revista Pesquisa Médica*, 26(2): 55-58, 1992.
- TACLA, C. *Representações sociais da agressão física familiar contra crianças e adolescentes no município de Embu/São Paulo*, 1999. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.
- TETELBOM, M. Abuso sexual intrafamiliar: um alerta. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 40(3): 145-148, 1991.
- TOMIO, A. G. *A violência doméstica contra crianças e adolescentes atendidos no Conselho Tutelar do município de Itajaí-SC*, 2000. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Departamento de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- WESTPHAL, R. B. *Meninos de rua: investigando o estigma da insanidade – dez histórias de respostas positivas a uma socialização de risco*, 2001. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- WUILLIAUME, S. M. *Crianças crescendo na rua*, 1991. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.
- ZALUAR, A.; NORONHA, J. C. & ALBUQUERQUE, C. Violência: pobreza ou fraqueza institucional? *Cadernos de Saúde Pública*, 10(supl. 1): 213-217, 1994.
- ZAVASCHI, M. L. S.; QUINALHA, A. F. & ENK, I. Abuso sexual em crianças: uma revisão. *Jornal de Pediatria*, 67(3-4): 130-136, 1991.

A MULHER EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SOB A ÓTICA DA SAÚDE

Romeu Gomes

INTRODUÇÃO

Neste capítulo, objetiva-se analisar discursos acerca da mulher em situações de violência, estabelecidos no campo da produção bibliográfica brasileira da saúde da década de 90. Através dessa análise, pretende-se problematizar as idéias mais recorrentes envolvidas na caracterização e nas formulações explicativas para a temática em questão.

De um modo geral, a discussão sobre a mulher em situações de violência aparece traduzida na expressão ‘violência contra a mulher’. Grossi & Aginsky (2001) consideram que, em torno dessa temática, há muitos avanços no sentido de desnaturalizar os maus-tratos e a negação de direitos à mulher como algo ‘normal’ à condição feminina. No entanto, ainda segundo as autoras citadas, apesar dos esforços empreendidos, alguns descaminhos são percebidos nesse debate, dentre os quais é destacada a forma como são tratadas as discussões, muitas vezes perpassadas por forte conteúdo denunciativo, que pode ter como consequência a redução das dimensões do problema, deslocando-o da complexidade do real. Assim, propiciam também a perpetuação das práticas tutelares e a reificação dos processos de opressão que pretendem combater.

Schraiber & D’Oliveira (1999) observam que a expressão ‘violência contra a mulher’ foi

cunhada pelo movimento feminista há pouco mais de vinte anos. A expressão refere-se a situações tão diversas como a violência física, sexual e psicológica cometida por parceiros íntimos, o estupro, o abuso sexual de meninas, o assédio de mulheres, o turismo sexual, a violência étnica e racial, a violência cometida

pelo Estado, por ação ou omissão, a mutilação genital feminina, a violência e os assassinatos ligados ao dote, o estupro em massa nas guerras e conflitos armados. (Schraiber & D'Oliveira 1999, p. 13)

Segundo as autoras, a temática em questão também pode ser vista da perspectiva de gênero, referindo-se, assim, a “sofrimentos e agressões dirigidos especificamente às mulheres pelo fato de serem mulheres” (Schraiber & D'Oliveira 1999, p. 14).

Conforme observam Suárez & Bandeira (2002), no final dos anos 70 e início dos anos 80, no Brasil, presencia-se uma articulação do discurso feminista e de outros movimentos de mulheres em torno da crítica à ‘violência contra a mulher’. Essa crítica, no fim do regime militar, era atravessada por denúncias à falta de propostas democráticas. Diante das inúmeras reivindicações nesse campo, foram implantadas as Delegacias Especializadas no Atendimento à Mulher (Deams). As autoras citadas ressaltam que, embora as Deams tenham imperfeições, são instituições governamentais que expressam a configuração de um espaço público em que se desenvolve o discurso acerca dos direitos das mulheres e de seu tratamento equitativo perante as denúncias de situações de violência.

Ainda para essas autoras, essa ‘politização da violência contra a mulher’ também teve reflexos no campo das ciências humanas, expressos, principalmente, numa produção teórica e numa reflexão acerca das formas de violências disseminadas na sociedade e traduzidas nos conflitos interpessoais.

Encontram-se, na década de 90, repercussões dos marcos históricos, mencionados antes, na produção bibliográfica do campo da saúde, que vão abordar muito mais questões relacionadas à ‘violência contra a mulher’ do que as que tratam da relação ‘violência e mulher’. Como se poderá ver posteriormente, a abordagem da ‘violência contra a mulher’ pode ter como consequência a redução do debate à pura e simples vitimização, ao passo que situar a discussão em torno da relação ‘violência e mulher’ pode, dentre outros aspectos, considerar a mulher a partir do *status* de sujeito de direitos.

Estudos realizados em vários países americanos revelam que os níveis de violência doméstica contra mulheres são altos na região. “Entre 30% e 50% das mulheres adultas com parceiros são vítimas de maus-tratos psicológicos a cada ano, enquanto 10% a 35% sofrem violência física, segundo indica a maioria dos estudos” (Buvinic et al., 2000, p. 19).

Heise Pitanguy & Germain (1994) observam que a principal forma endêmica de violência contra a mulher se expressa na figura da esposa

agredida, mais precisamente na mulher agredida pelos seus parceiros íntimos. Com base em 35 estudos realizados em vários países, as autoras constataam que de um quarto até mais da metade de relatos de mulheres indica agressão física cometida pelo parceiro atual ou anterior.

Além dos diversos tipos de maus-tratos, a mulher também é alvo da violência estrutural. Um dos indicadores dessa situação é a comparação de sua renda com a do homem. Dados do Censo do IBGE de 2000 mostram que, apesar de as mulheres terem vida média mais elevada do que os homens, assumirem cada vez mais o comando das famílias e apresentarem uma ligeira vantagem em termos de alfabetização, sua renda continua sendo inferior à dos homens, representando 71,5% da renda masculina¹.

Junto à magnitude dos maus-tratos sofridos pelas mulheres, aspectos relacionados ao significado desses maus-tratos, bem como valores e crenças a eles associados, são tão importantes quanto a extensão do problema. Nesse sentido, esta análise volta-se sobretudo para a forma como a produção acerca do assunto aborda tais aspectos.

Finalmente, assinala-se que, junto ao fato de a produção enfocar mais a ‘violência contra a’ mulher, não se pode perder de vista a relação ‘violência e mulher’ que se estabelece no campo da saúde. Assim, busca-se no presente trabalho compreender se a produção, além de olhar a mulher como vítima, também a considera como sujeito que se insere num conjunto de relações reconhecidas como violentas.

METODOLOGIA

A presente análise baseou-se numa pesquisa bibliográfica realizada pelo Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Ensp/Fiocruz), com a parceria do CNPq. Essa investigação teve o “objetivo de estabelecer um panorama geral sobre o estado da arte acerca da temática violência no campo da saúde” (Souza & Minayo, 2001).

Dentro dessa pesquisa, foram selecionadas as fontes bibliográficas brasileiras referentes à temática ‘violência e mulher’, produzidas no campo da saúde, na década de 90. Ao todo, foram analisadas 38 fontes, sendo 22 artigos, 12 dissertações de mestrado, dois capítulos de livro, uma tese de doutorado e um livro.

Inicialmente procurou-se dar um tratamento quantitativo às fontes, caracterizando cada uma delas a partir das seguintes variáveis: área de

¹ Dados obtidos no site www.ibge.gov.br em novembro de 2002.

produção; sexo do primeiro autor; método utilizado; posição da mulher diante da violência; formas de violência; referencial teórico utilizado na explicação da violência contra a mulher; abordagem da saúde perante a violência, e proposta de prevenção. Utilizamos esse tratamento apenas para compor um quadro sobre a produção bibliográfica em geral.

Consideraram-se as seguintes áreas que compõem o campo da saúde: enfermagem; medicina (envolvendo obstetrícia, ginecologia e medicina legal); saúde coletiva (envolvendo saúde pública e epidemiologia); e saúde mental (envolvendo psicologia, psiquiatria e psicanálise).

No que se refere à metodologia utilizada nos trabalhos, levou-se em conta a seguinte classificação: ensaio; estudo de caso clínico; estudo descritivo; estudo epidemiológico descritivo ou analítico; estudo qualitativo; revisão bibliográfica; revisão teórica; estudos quantitativos/interdisciplinares; estudos baseados em oficinas e seminários.

Na variável 'posição da mulher diante da violência', utilizou-se a seguinte classificação: a mulher vista como vítima; a mulher vista como agressora e a mulher vista, simultaneamente, como vítima e agressora.

Nesse primeiro momento da análise, distribuíram-se as fontes em relação a essas variáveis. Para isso, foi organizado um banco de dados em Dbase III Plus e trabalhou-se com frequências simples e relativas e análise bivariada utilizando Programa Epi-Info 6.0.

Após essa etapa, fez-se uma análise dos conteúdos das fontes, buscando encontrar os núcleos de sentido dos textos, entendendo esses núcleos como "categorias empíricas que povoam o campo semântico definidor do conceito, das causas, das associações e da significância do fenômeno (...)" (Gomes et al., 1999, p. 173). À medida que se identificavam os núcleos de sentido de cada produção, problematizavam-se as idéias neles inseridas, e, saindo-se do plano apenas descritivo, trabalhou-se no nível interpretativo. Formularam-se algumas questões a serem respondidas a partir da compreensão de cada trabalho. Tais perguntas permitiram caminhar do texto para o subtexto ou do nível explícito no texto para o que estava implícito nas fontes.

Assim, cada fonte foi submetida aos seguintes questionamentos: Quais são as explicações para a violência cometida contra a mulher? Como essa violência se expressa? Qual é o papel atribuído à mulher nas situações de violência? Como são pensadas as implicações das discussões acerca do assunto no campo da saúde? Nem todas as fontes dedicavam espaço a todos esses aspectos, no entanto, nesta discussão foi considerado o conjunto delas.

A PRODUÇÃO EM NÚMEROS

O conjunto da produção acerca das relações violência-saúde no campo da saúde revela alguns índices numéricos que podem, de certa forma, fornecer um quadro de referência para a sua análise. Nesse conjunto, como pode se visto no Quadro 1, a área da saúde coletiva destaca-se como a que mais abordou as relações entre violência, mulher e saúde.

Quadro 1 - Distribuição da Produção por Área

Área	Autores	N	%
Enfermagem	Corrêa (2000); Kantorski & Moreira (1997); Leite (1999); Moura & Oliveira (2000); Santos (2000); Xavier (1999).	6	16
Medicina	Beissman (1994); Bergamo (1998); Campos et al (1994); Cohen & Matsuda (1991); D'Oliveira (1996); Faundes et al (2000); Priante (2000), Santos (1997).	8	22
Saúde Coletiva	Albuquerque et al. (1998); Cabral (1999); Deslandes et al. (2000); Giffin (1994); Jong (2000); Leitão (1991); Meneghel et al. (2000); Noronha & Daltro (1991); Reichenheim et al (2000); Schraiber et al. (2000); Suárez et al. (1999); Tavares (2000); Tuesta (1997).	15	40
Saúde Mental	Braghini (2000); Cardoso (1996); Martins (1997); Moreira (1999); Paula (1995); Santos (1997); Simão et al. (1997); Tetelbom et al. (1991); Vicente (1999).	9	22
Total		38	100

Embora a produção tenha se distribuído de forma irregular, ao longo da década, observa-se que, nos dois últimos anos (1999 e 2000), houve uma concentração de trabalhos, perfazendo 54% de todo o conjunto. Ao analisar a associação entre área e ano de produção, pode-se constatar que enfermagem e saúde coletiva contribuíram para tal concentração, uma vez que a maior parte de seus textos refere-se aos dois últimos anos da década.

Em 78% da produção, o primeiro autor era do sexo feminino. Não se encontra uma associação significativa entre essa constatação e a área disciplinar. Em outras palavras, o fato de, no conjunto das áreas, por exemplo, estar presente a enfermagem, que é predominantemente exercida por mulheres, não influenciou o predomínio de autores do sexo feminino.

No que se refere à metodologia empregada pelos autores, há o predomínio da abordagem qualitativa, representando 30% de toda a produção. Os dois últimos anos estudados (1999 e 2000) foram os que acumularam trabalhos com essa abordagem, concentrando cerca de 80% de todas as fontes. Isso indica uma crescente preocupação com significados atribuídos às relações entre violência e mulher.

A violência sexual foi o tipo mais analisado de violência, presente em 13 estudos, representando 34% de toda a produção. Destaca-se que a violência física foi estudada em oito trabalhos (21%) e a violência psicológica, em cinco trabalhos (13%). Sete estudos (18%) abordaram a temática sem dar ênfase a uma ou mais formas de violência.

A visão da mulher apenas como vítima é predominante nos estudos. No conjunto das fontes, 26 (68%) correspondem a essa abordagem. Em 12 trabalhos (32%), a mulher é considerada tanto como vítima quanto como agressora, sendo que a metade desses estudos provém da área da saúde mental.

Em relação à forma como explicam a violência contra a mulher, identificam-se as seguintes situações: 19 fontes (50%) a consideram como uma violência de gênero; 11 (28,9%) não se propõem explicar o porquê da ocorrência da violência contra mulher; três (7,9%) associam-na a aspectos socioestruturais em geral; um (2,6%) conclui que a literatura costuma relacionar, de forma genérica, a violência ao alcoolismo; um (2,6%) apresenta uma relação da violência com a afetividade existente entre casais; e um (2,6%) destaca a omissão de políticas públicas como um fator que concorre para a existência desse tipo de violência.

Ao se fazer uma relação entre a variável 'explicação da violência contra mulher' com as variáveis 'área da produção', 'ano de publicação e método', verifica-se uma associação entre essas variáveis. A análise revelou que a forma de explicar a violência contra a mulher a partir da violência de gênero: (a) concentra-se na área da saúde coletiva, (b) está presente predominantemente nos anos de 1999 e 2000 e (c) está associada aos estudos que utilizam uma abordagem metodológica qualitativa.

Representando 74% do conjunto, 28 trabalhos tecem considerações sobre o impacto da violência na saúde da mulher e dez (26%) não o fazem. Dentre os 28 estudos que refletem as repercussões das relações violência-mulher na saúde, 22 tratam de agravos à saúde decorrentes dessas relações

e seis fazem uma discussão sobre o fato de o setor não abordar adequadamente tais relações.

Para finalizar a caracterização da produção analisada, observa-se que 27 trabalhos (71%) não explicitam uma proposta de prevenção. Dos 11 estudos que mencionam tal tipo de proposta, oito concentram-se nos anos de 1999 e 2000, revelando que a discussão acerca dessa questão é recente.

A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER COMO REFLEXO DAS RELAÇÕES DE GÊNERO

Uma das tendências da produção bibliográfica acerca da violência contra a mulher, realizada na década de 90, é considerar tal temática a partir da perspectiva de gênero. Essa perspectiva é acessada, principalmente, para explicar a ocorrência de maus-tratos cometidos contra a mulher e a violação de seus direitos. Assim, nas relações entre os gêneros masculino e feminino encontrar-se-iam as raízes explicativas para situações adversas à mulher.

O movimento feminista, no final dos anos 60, destacou-se em denunciar casos violentos contra a mulher, dando visibilidade a essa realidade que, até então, permanecia no âmbito privado. O termo 'gênero' passou a ser utilizado pelas feministas para traduzir as diversas formas de interação humana, buscando conceituá-lo como uma 'forma de legitimar e construir as relações sociais'. Dentro dessa abordagem, as relações violentas, em específico, e as relações sociais, em geral, estabelecidas entre homens e mulheres, seriam vistas a partir das diferenças culturais e não das especificidades biológicas atribuídas aos gêneros masculino e feminino (Tavares, 2000).

A abordagem de gênero, que surgiu há mais de três décadas, conseguiu progressivamente consolidar-se como modelo explicativo hegemônico para a ocorrência da violência contra a mulher. Essa afirmação sustenta-se no fato de tal modelo, na virada do século XX para o XXI, ainda ser uma tendência explicativa majoritária na produção especializada sobre a temática em questão.

Assim, a violência sofrida pela mulher é entendida como uma violência de gênero (D'Oliveira & Schraiber, 1999), estruturada por um 'padrão de relações sexuais hierárquico' (Meneguel et al., 2000), no qual as mulheres sofreriam violências 'pelo fato de serem mulheres' (Schraiber & D'Oliveira, 1999). Isso configuraria um reflexo da 'manutenção de desi-

gualdades e hierarquias existentes para garantir a obediência e a subalternidade de um sexo sobre outro' (Corrêa, 2000), expressando um 'sistema social desigual e injusto' (Kantorski et al., 1997).

Nessas relações, 'normatizadas pela falocracia' (Xavier, 1999), ideologicamente legitima-se a dominação masculina à qual a mulher pode estar submetida, 'desde sua infância' (Tetelbom et al., 1991). Assim, tanto no âmbito da violência do comportamento individual quanto na instância da violência estrutural, a partir de definições sociais, à mulher se atribui 'um papel secundário, limitando a sua cidadania' (Deslandes et al., 2000; Jong, 2000; Santos, 1997).

As explicações 'da universalização da opressão da mulher', construídas pela perspectiva de gênero, são teoricamente embasadas no 'conceito de patriarcado, na teoria marxista e nos estudos da psicanálise'. No patriarcado, a 'opressão feminina se explica a partir da apropriação masculina do labor reprodutivo das mulheres' e/ou da 'reificação sexual das mulheres pelos homens'. As teorias marxistas procuram articular 'sistemas de dominação de classe com sistemas de dominação de gênero'. Já a psicanálise busca encontrar 'as raízes das relações de gênero, na construção da subjetividade'. Nesses referenciais teóricos, destaca-se o papel histórico do 'movimento feminista', que, diante da opressão masculina, trouxe à cena um novo sujeito social: as mulheres (D'Oliveira, 1996).

No desempenho dos papéis feminino e masculino, 'arranjos estereotipados estruturam a intimidade entre os gêneros e os dilemas das relações podem culminar em violência' (Vicente, 1999). Isso significa que, quando os mecanismos sutis de controle não funcionam, o uso de violência seria acionado para garantir a hierarquização entre os sexos (Braghini, 2000; Noronha & Daltro, 1991). Os maus-tratos físicos são uma das expressões desse tipo de controle. Outra forma de controle é exercida através da 'sexualidade que atua sobre as mentes e os corpos das mulheres, implicando uma associação entre sexualidade, poder e violência masculina' (Giffin, 1994).

No diálogo entre a produção bibliográfica sobre a violência contra a mulher no campo da saúde e a área das Ciências Sociais, destaca-se a contribuição das idéias de Pierre Bourdieu na ampliação do debate da temática em pauta. Esse autor, no final dos anos 90, teve uma obra publicada no Brasil que aborda a assimetria de gênero (Bourdieu, 1999).

Nessa obra, Bourdieu observa que a relevância do tema da sexualidade ocorre a partir de significações sociais que se inserem num cenário de regras de dominação que presidem a vida social atribuídas ao corpo. No interior dessas regras, destaca-se a oposição entre masculino e femini-

no, na qual se revela uma dominação de sexo, que não se instaura pela fisiologia ou pelo psiquismo, mas sim por uma ordem simbólica coletiva.

Nesse sentido, a ordem social opera como uma imensa máquina simbólica, ratificando a dominação masculina sobre a qual se ancora. Dessa forma,

diferença biológica entre os sexos, isto é, entre o corpo masculino e o corpo feminino e, especificamente, a diferença anatômica entre os órgãos sexuais, pode, assim, ser vista como justificativa natural da diferença socialmente construída entre os gêneros e, principalmente, da divisão social do trabalho. (Bourdieu, 1999, p. 20)

A partir dessa construção social, a incorporação da dominação ocorre ou é reforçada pela violência simbólica, efetivada não só para além da consciência e da vontade de quem por ela é atingido, mas também por uma relação de cumplicidade que tanto pode contribuir para a sua perpetuação como para a sua transformação.

Assim, a inferioridade e a exclusão da mulher, ratificadas e ampliadas pelo sistema mítico-ritual, que se configura como um princípio de divisão de todo o universo, não é mais que a assimetria fundamental instaurada entre o homem e a mulher. Isso faz com que as mulheres só sejam “vistas como objetos, ou melhor, como símbolos cujo sentido se constitui fora delas e cuja função é contribuir para a perpetuação ou o aumento do capital simbólico em poder dos homens” (Bourdieu, 1999, p. 55).

No cenário da dominação masculina, as vítimas não são apenas as mulheres. Nele, os homens também estão aprisionados, sem que se percebam como vítimas da representação dominante. Seguindo esse raciocínio, o “privilegio masculino é também uma cilada e encontra sua contrapartida na tensão e na contensão permanentes, levadas por vezes ao absurdo, que impõe a todo o homem o dever de afirmar, em toda e qualquer circunstância, sua virilidade” (Bourdieu, 1999, p. 64). No exercício de seus papéis, o homem é a todo o momento testado em situações em que virilidade e violência se mesclam num espaço que está “fora de todas as ternuras e de todos os enternecimentos desvirilizantes do amor (...)” (Bourdieu, 1999, p. 66).

Nesse processo de testagem ao qual o homem é submetido, o autor chama atenção para o fato de que o que é tido como “coragem” pode estar enraizado numa covardia, ou seja, pode se basear no medo “viril” de ser excluído do mundo dos “homens” sem fraqueza. “A virilidade, como se vê, é uma noção eminentemente relacional, construída diante dos outros

homens, para os outros homens e contra a feminilidade, por uma espécie de medo do feminino, e construída, primeiramente, dentro si mesmo” (Bourdieu, 1999, p. 67).

As relações de gênero podem servir de base para uma consistente explicação sobre as relações violência-homem-mulher. No entanto, para que esse modelo explicativo avance, é preciso, antes de tudo, que a palavra ‘gênero’ seja compreendida a partir de uma perspectiva relacional. Nem sempre isso ocorre. Grande parte dos autores analisa o problema a partir de mão única, ou seja, a direção da violência do homem para a mulher. Alguns, utilizando a observação de Schraiber e D'Oliveira (1999), não conseguiram deslocar a abordagem do feminino para se pensar acerca de estratégias de conhecimento e de intervenção que abordem os homens, numa dimensão relacional.

VIOLÊNCIA SEXUAL COMO EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

No conjunto das fontes analisadas, a forma de expressão predominante é a de natureza sexual. Os autores que privilegiam a violência sexual como expressão da violência cometida contra a mulher o fazem por diferentes motivos. Um deles é por causa do campo empírico em que se inserem seus estudos. Aí destacam-se pesquisas realizadas em Institutos Médicos Legais de diferentes cidades (Bergamo, 1998; Campos et al., 1994; Cohen & Matsuda, 1991; Priante, 2000) e investigação desenvolvida em Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher (Santos, 1997). Nesse campo de investigação, em que as questões sexuais são recorrentes, ressaltam-se os seguintes dados: predomínio de vítimas com menos de 18 anos de idade; recorrência de casos de estupro, tendo como agentes da violência pessoas próximas da vítima ou com grau de parentesco.

Outra possível explicação para alguns estudos focarem a violência sexual por vezes está relacionada ao fato de ela refletir outras modalidades de violência. Autores, a exemplo de Kantorski, Moreira & Luz. (1997) e Schraiber & D'Oliveira (1999), sinalizam em suas análises que a violência sexual se encontra imbricada com outros conteúdos de violência, como os de ordem moral, física e psicológica.

A violência sexual costuma ser mencionada no conjunto das fontes a partir de situações com diferentes nuances que vão desde atos com contato físico violento até aqueles que ocorrem sem contato físico. No entanto,

no conjunto dos estudos, o estupro ocupa posição de destaque (Cohen & Matsuda, 1991; Kantorski, Moreira & Luz., 1997; Suárez, Machado & Bandeira, 1999 e Santos, 1997b).

Os autores registram uma ocorrência significativa de estupro. Bandeira (1999) observa que, no conjunto de 25.589 crimes denunciados e registrados pela DEAM/DF, no período de 1987 a 1997, 2.092 se relacionaram a crimes sexuais, sendo que 38,86% foram estupros e 61,14% foram estupros conjugados com outros crimes. A referida autora observa, ainda, que os “crimes de estupro ocorrem em todos os lugares e são praticados por indivíduos de qualquer segmento social” (Bandeira, 1999, p. 453).

Para além dos números, essa temática configura-se em espaço privilegiado para se discutir a violência nas relações de gênero. No imaginário social o estupro provoca atitudes ambíguas. É visto como um crime hediondo, em relação à vítima, e, ao mesmo tempo, é percebido como um fato banal (Bandeira, 1999).

O estupro parece ser o lugar onde se exercita a identidade masculina por espelhamento: o corpo ‘subjugado’ da mulher ‘reassegura’ essa identidade, reafirmando o ‘caráter sacrificial’ dos corpos femininos. Nesse sentido, a iniciativa masculina e a recusa inicial feminina podem compor o ‘jogo sexual’, “confundindo-se, assim, estupro com ‘o jogo normal das relações sexuais’. É nessa fala discursiva que as pretensas vítimas são culpabilizadas” (Suárez et al., 1999, p. 290).

Bourdieu (1998) também observa que o ato sexual é representado como um ‘ato de dominação, um ato de possessão, uma tomada da mulher pelo homem’. Nessa representação, está presente uma topologia em que ‘o homem está acima, em cima, e a mulher abaixo, embaixo’. A idéia desse autor poderia também servir para explicar o estupro como emblema da dominação masculina.

Ampliando a discussão acerca do estupro, pode-se observar que esse tema tem uma história, em que se vão percebendo mudanças culturais na forma de olhá-lo. A obra de Vigarello (1998) é bastante ilustrativa nesse sentido, pois, para ele a forma de enxergar o estupro confunde-se com a maneira de se ver a mulher. A suspeição colocada *a priori* diante da queixa da mulher estuprada revela a imagem de que ela cede ‘voluntariamente’ em virtude da sua ‘fraqueza’ ou ‘inferioridade’. Para ele, atualmente, mudanças culturais são percebidas quando se observa o aumento de queixas. Uma das explicações do autor para esse aumento é a maior conquista de igualdade com os homens, que torna mais intoleráveis à sociedade antigas violências bem como o modelo de dominação que elas expressam. Assim, “as mudanças são paralelas às dos sistemas de opressão exercidos sobre a

mulher, a sua permanência, seu refinamento, seus deslocamentos” (Vigarelo, 1998, p. 9).

Diante do estupro, em específico, e à violência sexual, em geral, mais uma vez tem de ser retomada a discussão das relações masculino e feminino. Não basta apenas proteger as mulheres dos homens estupradores e violentadores. É preciso que novos modelos de identidade sexual sejam trabalhados no sentido de excluir a dominação como referência identitária do masculino e a subjugação como uma pertença ao feminino.

A VITIMIZAÇÃO DA MULHER

A própria expressão ‘violência contra a mulher’, de certa forma, aponta para a tendência de se focalizar predominantemente a vitimização feminina. As fontes deste estudo reforçam essa tendência, ao revelar que, em geral, a mulher é considerada como vítima. Várias delas apresentam dados em que a mulher é mais vítima do que agressora. A exemplo disso, destacamos Giffin (1994), Simão et al. (1997), Schraiber et al. (2000) e Tavares (2000).

No sentido de melhor problematizar a vitimização, orienta-se esta análise para as fontes que não reduzem sua perspectiva. Eleger tais fontes, ainda que em termos de extensão represente um pequeno recorte, permite apontar a possibilidade de ver o problema sob outra perspectiva. Por isso, desenvolve-se a discussão a partir das seguintes questões: O que as fontes que fogem do lugar-comum (ver a mulher como vítima) abordam? Como avançar na discussão para ir-se além da vitimização feminina?

Na comparação entre gêneros e agentes da violência, há poucos estudos que se voltam para as formas de violência expressas por homens e mulheres. Suárez, Machado & Bandeira (1999), caminhando nessa direção, destacam que, embora as mulheres sejam percebidas e tratadas como vítimas e os homens como agressores, há informações norte-americanas que atestam que a criminalidade masculina e a feminina assemelham-se nas categorias mais freqüentes, a exemplo do furto, roubo e dirigir intoxicado(a), e diferenciam-se mais no que se refere ao homicídio e ao estelionato.

No caso brasileiro, ressalta-se a investigação de Leite (1999), com 50 mulheres prisioneiras, que indica os principais crimes femininos, com suas respectivas freqüências: tráfico de entorpecentes (23); homicídios (9); furto (6); estelionato (6) e roubo (3). Esses dados, de uma certa forma,

confirmam-se em pesquisa realizada com 89 mulheres que cometeram crimes (Almeida, 2001), na qual destacam-se os seguintes crimes com suas respectivas frequências: tráfico e/ou consumo de drogas (50); roubo (20) e homicídio qualificado (10).

Dados acerca dos anos de 1976 e 1997, de um presídio feminino do Rio de Janeiro, revelaram que “o tráfico de drogas lidera como o delito mais frequente e de maior crescimento nesse período. Não se pode deixar de apontar o aumento significativo na participação de mulheres nos roubos e em seqüestros, delitos considerados graves” (Constantino, 2001, p. 43).

Ao se discutir sobre a especificidade do crime feminino, duas idéias são recorrentes. Uma delas refere-se ao fato de que as mulheres praticam menos crimes do que os homens, e a outra diz respeito à baixa gravidade dos delitos femininos. Concorrendo com essas idéias também há a constatação de que as mulheres que chegam a se envolver em delitos, em geral, sofreram ao longo de sua vida inúmeros agravos físicos e emocionais (Constantino, 2001, p. 42).

Almeida (2001), refletindo sobre as estatísticas que revelam um número mínimo de mulheres que matam em relação aos homens, adverte que isso corresponde

à realidade da mulher que, historicamente, foi “escondida” no espaço privado. Assim, a mulher comete menos crimes dessa natureza por ter sido socializada para o confinamento ao mundo privado, para ser mãe e esposa, cujas características de docilidade e fragilidade lhes foram atribuídas para cumprir seu papel de dedicação ao lar. A mulher foi educada para o “doce” lar, lugar da passividade e benevolência, e o homem para o mundo “cão”, lugar do trabalho e da competição, onde deveria ser forte e viril para, de lá, retirar o sustento de sua família. (Almeida, 2001, p. 21)

Sobre o fato de os crimes praticados por mulheres serem menos graves do que os praticados por homens, as certezas nem sempre se sustentam. No caso do tráfico de drogas, por exemplo, isso não é observado. Estudo revela que “quando as adolescentes alcançam posições mais altas na hierarquia do mercado ilegal de drogas (‘segurança’, ‘gerente’ e até mesmo ‘dono’) precisam se submeter às regras gerais da organização, não havendo diferenças por gênero” (Constantino, 2001, p. 43).

Martins (1997) também observa que os crimes de natureza passional não se reduzem a uma classe socioeconômica, nem a um tipo de gênero. São crimes que se configuram como desfechos de uma trama que tem como origem dramática o clima passional que regula as relações de poder entre os sexos. Neles, os agressores podem ser homens ou mulheres.

Ainda na discussão sobre as especificidades da violência entre os gêneros, um estudo traz dados que servem para uma reflexão sobre os preconceitos subjacentes a essa discussão. Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada por Tetelbom e colaboradores (1991). Com base na literatura, os autores observam que o tipo de incesto entre “mãe-filho é considerado o tipo mais patológico, sendo freqüente sua associação com a psicose” (Tetelbom et al., 1991, p. 145). Esse dado, no mínimo, deve ser estranhado. Por que, quando é a mulher quem abusa, o incesto é o mais patológico? Será que o abuso do pai para a filha encontra-se mais naturalizado a ponto de o agressor ser considerado menos psicótico? Será que o fato de haver mais pais do que mães que cometem o incesto faz com que o menos freqüente seja classificado como anormal? Normal seria o mais comum? Se for apenas uma questão de estatística, por que se liga um determinado tipo à psicose? Essas questões ajudam avançar na discussão sobre as relações de gênero e violência.

Os autores concluem, ainda, que “é característica normal de toda menina ser sedutora, ter fantasias sexuais com o pai e sentimentos de rivalidade com a mãe” (Tetelbom et al., 1991, p. 148). Diante dessa conclusão, cabe outra reflexão relacionada a questões de gênero. Será que as imagens culturais das identidades masculinas não contribuem para que não se perceba a sedução entre os meninos? Ou seja, dá para concluir que, em alguns estudos de gênero, um tipo de violência simbólica, entranhada e culturalizada, permanece presente.

Ao estabelecer-se diálogo entre as fontes de estudo e outras obras das ciências sociais consultadas, podem-se apontar aspectos que servem à discussão da irredutibilidade da mulher ao papel de vítima. Essa visão tem origem, sobretudo, no campo do direito, no qual ou se é vítima ou se é agressor. Esse tratamento pode, de uma certa forma, refletir a construção social do feminino como carente, passivo e dependente (Schraiber & D'Oliveira, 1999).

Em primeiro lugar, observa-se que a temática ‘mulher em situação de violência’ aponta a possibilidade de problematizar posições agressor/vítima numa perspectiva de gênero. As dissociações entre agressor-homem e vítima-mulher poderão ajudar nessa discussão. Significa, então, considerar que as mulheres também podem ser agentes de violência, ainda que venham exercer esse papel de forma diferente da do homem (Saffioti, 2002).

Segundo as fontes deste estudo, ser agressor ou vítima pode estar relacionado a “encenações dos papéis que, conforme o imaginário de gênero, cabem às mulheres e aos homens desempenhar” (Suárez et al., 1999, p. 280).

Essa encenação que leva as mulheres a desempenharem o papel de vítima e o homem, o de agressor, pode ser mais discutida a partir da violência simbólica. Nesse sentido, a dominação masculina – entendida do prisma de um poder simbólico que se produz e reproduz – contribuiria para que a virilidade fosse associada à idéia de agressor. Em contrapartida, o papel feminino se conformaria na servidão à essa dominação e, em resposta à figura do agressor, caberia à mulher ser vista como vítima. No entanto, a construção do poder simbólico só é possível com a colaboração dos que a ele se submetem. Evidentemente que essa submissão não é voluntária, e a cumplicidade com esse poder não é consciente (Bourdieu, 2001).

Pode-se caminhar na direção da mudança desse cenário tomando-se como referência o *status* de sujeito de direitos da mulher. Isso significaria entendê-la não como ser incompleto que necessitaria de uma tutela especializada (Schraiber & D'Oliveira, 1999) e/ou reduzida à condição de vítima (Gomes et al., 1999).

A atuação na construção de modelos que possam contribuir para que as mulheres sintam-se como sujeitos diferenciados na relação com os homens rompe com mitos e crenças que contribuem para a manutenção da violência. Isso significaria a compreensão das mulheres como autoras de sua história. Nessa construção de sujeitos autônomos, elas não mais se reduzirão ao desempenho do papel de vítima (Vicente, 1999).

A partir dessa perspectiva, será possível compreender que as mulheres não matam apenas por ciúmes ou por sofrerem maus-tratos. Matam também inimigos, desafetos que lhes despertam o desejo de vingança ou de destruição do outro. A mulher também é violenta. Sobretudo, tal aceitação colabora para um projeto de autonomia social a ser atravessado nos desempenhos dos papéis de gênero (Almeida, 2001).

Seguindo nesse raciocínio, da mesma forma que o aumento da taxas de delinqüência é considerado um índice de 'desenvolvimento' nos países do Terceiro Mundo, a taxa de delinqüência feminina pode ser considerada como uma indicação de liberação da mulher (Boulding, 1981). A violência, nesse caso, embora negativa, teria uma certa faceta de positividade, na medida em que denotaria uma busca de autonomia por parte da mulher. Mas será que esse índice negativo deveria ser usado como sinal de liberação?

Contribuindo para o avanço da discussão, são importantes as considerações de Almeida (2001) em torno da idéia de que a violência em si não constitui um meio positivo para fins de transformação social para a liberdade. A autora chama a atenção para o fato de a violência ser uma ação destrutiva. No entanto, considera que pode se apresentar como

construtiva, ao indicar a existência do estado de caos, de permanente conflito, de desigualdade, de discriminação e de exclusão. Mesmo considerando essas duas faces, conclui:

A violência não é ética, não leva à libertação de todas as mulheres, nem institui um movimento feminista para alcançar o poder através de sua prática. As mulheres agentes desses ilícitos não são revolucionárias da questão feminina. Algumas tentam ser justiceiras (...), mas continuam presas à contradição do ser feminina, ao mesmo tempo domesticada, fragilizada e liberta, valente. (Almeida, 2001, p. 186)

Acredita-se que algumas fontes estudadas, embora tenham apenas esboçado esse debate, na década de 90, destacam-se por terem trilhado outras vias para se refletir sobre a temática 'mulher em situações de violência'.

IMPLICAÇÕES PARA O CAMPO DA SAÚDE

Vários autores, a exemplo de D'Oliveira e Schraiber (1999) e Moreira (1999), fazem uma reflexão sobre as consequências da violência tanto no campo da saúde física quanto no da mental, sem especificar tipos de agravos.

Os autores que abordam os maus-tratos físicos, como Moura & Oliveira (2000) e Paula (1995), não reduzem sua discussão à violência física. Orientam sua abordagem para comprometimentos na saúde mental das mulheres. Isso significa que não tratam especificamente dos maus-tratos psicológicos, mas procuram alertar para os agravos que vão além das marcas corporais.

Corrêa (2000), Schraiber e colaboradores (2000) e Suárez e colaboradores (1999), que abordam a violência no serviço pré-natal, indicam o aborto espontâneo como consequência da violência dirigida à mulher. Suárez, Machado & Bandeira (1999), além de observarem que a mulher vitimizada tem um risco de aborto espontâneo duas vezes maior do que a não vitimizada, alertam que, como consequência da violência, pode haver nascimento precoce de crianças, com peso abaixo da média e/ou com sequelas somáticas e deformações físicas.

Schraiber e colaboradores (2000) e Xavier (1999) fazem uma discussão sobre a associação de violência contra a mulher e a fatores de risco a DST/HIV/Aids. Fica subentendido que, quando abordam tal associação, estão se referindo à violência sexual, em específico.

Especificamente em relação à saúde mental, identificam-se três situações. Há autores, a exemplo de Tavares (2000), que refletem acerca de

situações que causam agravos psicológicos. Dentre elas, destacam-se abandono, insulto, calúnia e ameaça. Outros centram sua discussão nos sinais e sintomas dos comprometimentos psicológicos, principalmente no que se refere à depressão e a medos constantes (Corrêa, 2000; Cardoso, 1996). Em relação aos agravos psicológicos causados pela violência, Cardoso (1996) e Tavares (2000) destacam o comprometimento da auto-estima da mulher derivado de ações violentas a ela dirigida.

Também destacam-se aqueles autores que enfocam a violência como causa de mortalidade (Albuquerque et al., 1998; Noronha & Daltro, 1991). Esses autores discutem causas de mortalidade, focalizando as causas externas e aí inserindo a questão da violência em relação à mulher.

Sobre a relação violência-mulher-saúde, é digno de nota um artigo (Santos, 1997a) que discute o assédio sexual praticado por médico contra cliente, no espaço do consultório. Embora apenas uma fonte traga esse problema, ela alerta, a partir de dados concretos, para a possibilidade de, no espaço da saúde, local em que se deveria prevenir a violência, a mulher também ser violentada.

A análise também revela que há autores que registram o fato de o campo da saúde ou ainda não dar a devida atenção aos casos de mulheres em situação de violência ou não abordar adequadamente tais casos. Na atenção às mulheres, nos serviços de saúde parece que ainda há uma 'invisibilidade da violência' (Schraiber et al., 2000) e uma certa 'surdez' em atender aos apelos das mulheres que vivenciam situações de violência (Deslandes et al., 2000).

Além dessa crítica mais generalizada, um autor observa que a violência de trânsito e a violência interpessoal, apesar de serem causas de um grande número de óbitos, não conseguem chamar a atenção das autoridades de saúde (Faundes et al., 2000).

Schraiber e D'Oliveira (1999) observam que a área da saúde, em geral, não considera os sofrimentos das mulheres em situação de violência como doença, a não ser que tais sofrimentos tenham uma base anatomopatológica. Por outro lado, se essa área considera a violência como patologia, pode reduzir 'ao corpo individual aquilo que é por definição das interações humanas'.

Em decorrência ou não da crítica feita à abordagem do campo da saúde em relação à temática em estudo, há autores que tecem considerações acerca de aspectos de prevenção relacionados a ela. Em geral, são aspectos pontuais que aparecem nas considerações finais de seus respectivos trabalhos.

Sintetizando as questões de prevenção, pode-se classificá-las da seguinte forma: alerta para a necessidade de o setor da saúde participar de ações que vão para além dele; indicações voltadas para a capacitação dos profissionais de saúde; e recomendações para os serviços de saúde.

No plano mais geral da sociedade, há autores que propõem que o campo da saúde se articule a outras instituições para que sejam promovidas ações voltadas para:

- a compreensão das raízes socioculturais do jogo de poder que cerca as relações de gênero e a prática da sexualidade (Cardoso, 1996; Suárez et al. 1999);
- o combate às causas dos conflitos e a solução para os problemas, assegurando a qualidade de vida das pessoas no sentido de melhorar as relações interpessoais (Cabral, 1999; Schraiber & D'Oliveira, 1999);
- o desenvolvimento de uma rede social de apoio e de serviços de assistência integral a mulheres em situações de violência (Cardoso, 1996; Jong, 2000; Moreira, 1999).

No que se refere à capacitação de profissionais da saúde, destacam-se propostas de ações para que tais profissionais:

- mudem suas atitudes e preconceitos diante da violência que ocorre nas relações conjugais (Paula, 1995);
- não reduzam a atenção às demandas que emergem da violência à ótica biomédica (Corrêa, 2000; Schraiber & D'Oliveira, 1999);
- possam melhor diagnosticar a ocorrência da violência (Bergamo, 1998).

Aos serviços de saúde, os autores propõem que:

- promovam condições para que possam emergir os casos de mulheres em situação de violência (Schraiber et al., 2000);
- repensem o seu papel ético-político diante das mudanças nas relações de gênero, bem como o seu papel na manutenção da desigualdade ou na construção de novas formas de poder para propiciar a redução da violência, dentro e fora de seu espaço (D'Oliveira, 1996);
- não só prestem uma atenção clínica e cirúrgica de qualidade, mas também sejam capazes de desencadear ações preventivas (Deslandes et al., 2000);
- acolham, com respeito e sigilo estrito, as mulheres em situação de violência e desenvolvam uma abordagem de cuidados própria a elas (Schraiber & D'Oliveira, 1999; Schraiber et al., 2000);

- não reduzam a atenção às mulheres em situação de violência à dimensão da doença ou do risco em saúde (Schraiber & D'Oliveira, 1999).

Propiciando-se o diálogo dessas medidas de prevenção com as que o Ministério da Saúde preconiza, encontram-se alguns pontos de interseção e aspectos que as nossas fontes analisadas não contemplaram. Para o Ministério da Saúde, as unidades de saúde deveriam:

- promover a organização de grupos de mulheres com a finalidade de trabalhar as questões de gênero, poder, violência, fortalecimento da autonomia e formas alternativas de resolução de conflitos;
- facilitar o acesso a uma rede de apoio social (trabalho, moradia etc.), buscando incluir a mulher e elevar sua condição de cidadania;
- promover grupos de homens com a finalidade de propiciar a discussão sobre a violência, relações de gênero, fortalecimento da auto-estima e formas alternativas de resolução de conflitos (Brasil, 2001, p. 54).

A Organização Pan-americana de Saúde também vem desenvolvendo projeto que enfoca a violência intrafamiliar. Através desse projeto, busca, em nível local, incentivar a criação de redes comunitárias compostas por diversos setores para o desenvolvimento de uma proposta coordenada em torno da violência doméstica. Já em nível nacional, o projeto procura fomentar a implantação de políticas e normas legais que apoiem as instituições no enfrentamento do problema. Também no âmbito dos meios de comunicação, o referido projeto vem atuando no sentido de difundir a não-aceitação da violência contra a mulher (Hartigan, 1997).

Nessas medidas preventivas, podem-se identificar alguns aspectos que, segundo nosso ponto de vista, constituem-se em avanços na forma de abordar-se a temática. A indicação de que as ações do campo da saúde devem ser articuladas com outros setores da sociedade e a inclusão de ações que possibilitem a discussão entre homens e mulheres acerca de situações violentas como forma de se preservar a saúde são exemplos desses avanços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta análise, podem-se pontuar aspectos fundamentais para que a discussão da temática continue se desenvolvendo no sentido de melhor abordar a mulher em situações de violência. Alguns desses aspectos encontram-se mais trabalhados do que outros na literatura nacional.

No entanto, mesmo que o estado da arte apresentado na produção ainda precise avançar, considera-se importante demarcar alguns pontos.

A preocupação de se fazer uma crítica acerca da abordagem que o campo da saúde deve buscar para o problema é um avanço que se destaca na década de 90. Essa abordagem, que não deve se reduzir à ótica biomédica, nem tampouco ao enfoque epidemiológico, é um desafio a ser vencido pelos profissionais da saúde. O alerta já foi dado. Falta o 'como' fazer isso de forma que, ao mesmo tempo, se consiga atender a demandas específicas e promover uma compreensão mais ampla sobre tais especificidades.

Outro avanço que as fontes analisadas indicam refere-se à reflexão que procura, ainda que timidamente, deslocar-se da redução da mulher como 'objeto' da violência – traduzida no olhar exclusivo da vitimização – para o debate da promoção da saúde dos 'sujeitos' diante de situações de violência, vistas a partir de uma dimensão relacional de gênero.

Destaca-se, por último, um princípio de estratégia para enfrentamento do problema em questão que pode ser inferido a partir da análise das fontes estudadas. Esse princípio refere-se ao fato de que não há um ordenamento hierárquico de ações a serem promovidas, nem tampouco um setor a ser priorizado e/ou alçado à categoria de líder. Todas as frentes de ações e todos os espaços institucionais, aí incluídos os da saúde, podem trazer contribuições. Essa contribuição pode se tornar realidade desde que se consiga ampliar o foco e articular a instância dos conhecimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, R. M. et al. Causas e fatores associados à mortalidade de mulheres em idade reprodutiva em Recife, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (supl. 1): 41-48, 1998.
- ALMEIDA, R. O. *Mulheres que matam*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- BANDEIRA, L. Um recorrido pelas estatísticas da violência sexual no Distrito Federal. In: SUÁREZ, M. & BANDEIRA, L. (org.). *Violência, gênero e crime no Distrito Federal*. Brasília: Paralelo 15/ Editora UnB, 1999. p. 431-496.
- BEISSMAN, D. M. *Estudo psico-social de homens agressores de mulheres notificados na Delegacia da Mulher de Campinas/SP*, 1994. Dissertação de Mestrado. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

- BERGAMO, W. *Perfil da vítima de estupro em cidades de pequeno porte do estado de São Paulo*, 1998. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.
- BOULDING, E. Las mujeres y la violencia social. In: UNESCO. *La Violencia y sus Causas*. p. 265-275, 1981.
- BOURDIEU, P. Conferência do prêmio Goffman: a dominação masculina revisitada. In: LINS, D. (org.). *A dominação masculina revisitada*. Campinas: Papirus, 1998. p. 11-27.
- BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999.
- BOURDIEU, P. *Meditações pascalianas*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- BRAGHINI, L. *Cenas repetitivas de violência doméstica: um impasse entre Eros e Tanatos*. Campinas: Editora Unicamp, 2000. (Coleção Teses).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Violência intrafamiliar: orientações para práticas em serviço*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde – Ministério da Saúde, 2001.
- BUVINIC, M; MORRISON, A. R. & SHIFTER, M. Violência nas Américas: um plano de ação. In: MORRISON, A. R. & BIEHL, M. L. (org.). *A família ameaçada: violência doméstica nas Américas*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000. p. 19-48.
- CABRAL, M. A. A. Prevenção da violência conjugal contra a mulher. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4: 183-191, 1999.
- CAMPOS, J. R.; NASCIMENTO, L. G. do & ALMEIDA JÚNIOR, W. J. de. Violência sexual em Belo Horizonte: pesquisa no Instituto Médico Legal. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, 7 (104): 221-230, 1994.
- CARDOSO, N. M. B. Mulheres em situação de violência conjugal: incidência, conceitos, fatores associados e consequências da violência. *Barbarói*, 4/5: 69-80, 1996.
- COHEN, C. & MATSUDA, N. E. Crimes sexuais e sexologia forense: estudo analítico. *Revista Paulista de Medicina*, 4 (109): 157-164, 1991.
- CONSTANTINO, P. *Entre as escolhas e os riscos possíveis – a inserção das adolescentes no tráfico de drogas*, 2001. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- CORRÊA, M. S. M. *Vivência de mulheres em condições de violência conjugal*, 2000. Dissertação de Mestrado. Salvador: Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia.

- D'OLIVEIRA, A. F. P. L. *Gênero e violência nas práticas de saúde: contribuição ao estudo da atenção integral à saúde da mulher*, 1996. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. L. & SCHRAIBER, L. B. Violência de gênero, saúde reprodutiva e serviços. In: GIFFIN, K. & COSTA, S. H., *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 337-355.
- DESLANDES, S. F.; GOMES, R. & SILVA, C. M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (1): 129-137, 2000.
- FAUNDES, A.; PARPINELLI, M. A. & CECATTI, J. G. Mortalidade de mulheres em idade fértil em Campinas, São Paulo (1985-1994). *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (3): 671-679, 2000.
- GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (supl. 1): 146-155, 1994.
- GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. & FONTOURA, M. H. A. A prostituição infantil sob a ótica da sociedade e da saúde. *Revista Saúde Pública*, 33(2): 171-179, 1999.
- GROSSI, P. K. & AGUINSKI, B. G. Por uma nova ótica e uma nova ética na abordagem da violência contra mulheres nas relações conjugais. In: GROSSI, P. K. & WERBA, G. C. (org.). *Violência de gênero: coisas que a gente não gosta de saber*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2001. p. 19-45.
- HARTIGAN, P. La OPS enfoca el problema de la violencia contra la mujer. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 2 (4): 290- 294, 1997.
- HEISE, L.; PITANGUY, J. & GERMAIN, A. *Violence against Women: The Hidden health Burden*. Washington, D. C.: The World Bank, 1994.
- JONG, L. C. *Perfil epidemiológico da violência doméstica contra a mulher em cidade do interior paulista*, 2000. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- KANTORSKI, L. P.; MOREIRA, A. F. & LUZ, H. B. da. Representação da violência contra a mulher: sob o olhar dos sujeitos que atuam na Delegacia de Mulheres. *Texto Contexto Enfermagem*. 6 (1): 33-49, 1997.
- LEITAO, G. da C. M. *Crenças argumentais de mulheres que sofreram agressões de seus maridos ou companheiros: estudo comparativo no campo da análise*

- transacional, realizado com populações atendidas na 2ª Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher e no Centro de São Paulo*, 1991. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- LEITE, E. de P. *A dupla condenação de prisioneiras na cadeia: um invisível objeto da saúde coletiva*, 1999. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- MARTINS, P. H. Paixões avassaladoras: violência e intimidade. *Percurso - Revista de Psicanálise*, 18 (1): 65-77, 1997.
- MENEGHEL, S. N. et al. Mulheres cuidando de mulheres: um estudo sobre a Casa de Apoio Viva Maria, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (3): 747-757, 2000.
- MOREIRA, V. M. Grupo de encontro com mulheres vítimas de violência intrafamiliar. *Estudos de Psicologia*, 4 (1): 61-77, 1999.
- MOURA, M. A. V. & OLIVEIRA, P. R. F. A percepção das mulheres vítimas de lesão corporal dolosa. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 4 (2): 257-267, 2000.
- NORONHA, C. V. & DALTRO, M. E. A violência masculina é dirigida para Eva ou Maria? *Cadernos de Saúde Pública*, 7 (2): 215-231, 1991.
- PAULA, R. F. de Fatores predisponentes para violência física contra esposas. *Neurobiologia*, 2 (58): 57-64, 1995.
- PRIANTE, P. S. B. *Perfil da violência sexual contra mulheres no município de Belém do Pará*, 2000. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo.
- REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. & HASSELMANN, M. H. Equivalência semântica da versão em português do instrumento Abuse Assessment Screen para rastrear a violência contra a mulher grávida. *Revista de Saúde Pública*, 34 (6): 610-616, 2000.
- SAFFIOTI, H. I. B. Violência contra a mulher e violência doméstica. In: BRUSCHINI, C. & UNBEHAUM, S. G. (org). *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Editora 34, 2002. p. 321-338.
- SANTOS, J. C. dos. Assédio sexual no consultório. *Revista Brasileira de Medicina Psicossomática*, 1 (2): 103-105, 1997.
- SANTOS, M. de F. F. dos. *Violência sexual contra a mulher cometida por agressor desconhecido da vítima*, 1997. Dissertação de Mestrado, Campinas: Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

- SANTOS, D. M. dos. *Violência institucional em serviço de saúde: representações sociais de mulheres em processo de parturição*, 2000. Dissertação de Mestrado. Salvador: Universidade Federal da Bahia.
- SCHRAIBER, L. B. & D'OLIVEIRA, A. F. P. L. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 3 (5): 11-26, 1999.
- SCHRAIBER, L. B. et al. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. *Saúde e Sociedade*, 9 (1/2): 3-5, 2000.
- SIMÃO, M. O. et al. Alcoolismo feminino: revisão de aspectos relacionados à violência. *Revista ABP-APAL*, 19 (4): 139-148, 1997.
- SOUZA, E. R. & MINAYO, M. C. S. *Análise das tendências da produção acadêmica sobre violência e acidentes*. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Claves/Esnp/Fiocruz-Cnpq, 2001.
- SUÁREZ, M. & BANDEIRA, L. A politização da violência contra a mulher e o fortalecimento da cidadania. In: BRUSCHINI, C. & UNBEHAUM, S. G. (orgs.). *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Editora 34, 2002. p. 295-320.
- SUÁREZ, M.; MACHADO, L. Z. & BANDEIRA, L. M. Violência, sexualidade e saúde reprodutiva. In: GALVÃO, L. & DIAZ, J. (orgs.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec; Brasília: Population Council, 1999. p. 277-309.
- TAVARES, D. M. C. *Violência doméstica: uma questão de saúde pública*, 2000. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- TETELBOM, M. et al. Abuso sexual intrafamiliar: um alerta. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 40 (3): 145-148, 1991.
- TUESTA, A. de V. A. *Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de Saúde*, 1997. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.
- VICENTE, R. A. G. *Ruim com ele, pior sem ele? Uma investigação com mulheres vítimas de violência*, 1999. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Psicologia Clínica, Universidade Católica de São Paulo.
- VIGARELLO, G. *História do estupro: violência sexual nos séculos XVI-XX*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1998.
- XAVIER, I. de M. Violência de gênero presente na relação mulher e Aids: olhar da enfermeira. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 7 (1): 14-18, 1999.

AS MÚLTIPLAS MENSAGENS DA VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS

Maria Cecília de Souza Minayo & Edinilsa Ramos de Souza

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), junto com a Rede Internacional de Prevenção de Abusos em Idosos (Inpea), acaba de lançar um texto executivo sobre a problemática da violência contra idosos, vista a partir deles próprios (2002). Também, nesse ano (2002), a OMS tornou público ao mundo outro documento, no qual trata especificamente da questão dos idosos e dimensiona e propõe ações relacionadas à prevenção da violência e à promoção da vida. A preocupação com o processo de crescimento acelerado da população idosa no Brasil levou à criação de uma Política Nacional do Idoso, concretizada na Lei nº 8.842, de 1994, após estudos e debates de organizações governamentais e não governamentais. Essa política, votada no Congresso Nacional e sob a coordenação e promoção do Ministério da Previdência e Assistência Social, visa a evitar a exclusão da população idosa do processo de desenvolvimento do país e de seus eventuais benefícios.

Só em 1999, o Ministério da Saúde criava sua política específica – Política Nacional de Saúde do Idoso – e, em 2001, oficializava sua preocupação com o problema da violência contra o idoso, através de uma portaria sobre a “Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências”, em cujo texto o tema é enfocado especificamente. Esse conjunto de iniciativas internacionais e nacionais coloca em pauta um problema antigo, mas de baixa visibilidade, enfocando-o como prioridade. Depois de realizar uma vasta revisão bibliográfica nas bases de dados nacionais e internacionais, pode-se concluir que esse é um assunto ainda de pouca relevância na área da saúde, sobretudo no Brasil. Portanto, a contribuição deste texto

encaminha-se em dois sentidos: apresentar uma análise exploratória sobre dados de morbidade e de mortalidade por violência nesse grupo populacional e discutir a dimensão do problema por meio de uma revisão da bibliografia internacional e nacional, enfatizando uma visão ampliada e específica da situação desse grupo populacional. Tendo em vista as diferentes delimitações que se encontram sobre o assunto, neste texto considera-se como idosa a população de 60 anos em diante, ponto de corte mais comumente adotado internacionalmente, sobretudo, nos estudos epidemiológicos.

Os dados quantitativos sobre a mortalidade e a morbidade da população idosa brasileira, no período de 1980 a 1998 e 1980 a 2000, que aqui se apresentam, são retirados de trabalhos elaborados por pesquisadores do Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (Claves) (Souza et al., 2001; 2002). As fontes principais dos dados utilizados para esses estudos foram os bancos do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), do Ministério da Saúde (no caso dos óbitos), e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), a partir da 'autorização de internação hospitalar', para o caso da morbidade. A causa básica dos óbitos foi avaliada segundo a nona revisão, da Classificação Internacional de Doenças (CID9), de 1980 até 1995, e de acordo com a décima revisão, a partir de então. Na nona, o grupo das chamadas 'causas externas' abrangia os códigos E800 a E900 do capítulo suplementar, e na décima, são categorizadas nos códigos V01-Y98, comportando os homicídios, os suicídios e os óbitos por acidentes em geral. A morbidade está classificada no capítulo XIX da CID10, referindo-se a lesões por violências e envenenamentos.

Realizou-se um levantamento bibliográfico da produção da epidemiologia e da área de saúde pública em geral no *Medline* (anos 2000 e 2001), no *Lilacs* e na base *Informa Biblioteca Eletrônica* do Claves/Fiocruz para toda a década de 90. Os intervalos de tempo são diferenciados, pois a quantidade de material internacional é mais vasta, e, no caso brasileiro, mesmo ampliando-o para toda a década, apenas oito referências foram encontradas no *Lilacs* e no *Informa/Claves*. Releu-se, portanto, a produção científica nacional à luz das fontes internacionais, buscando as bases teóricas oferecidas pelos autores e o conhecimento dos dados quantitativos e qualitativos apresentados sobre o grupo social: a vítima, o agressor, as formas mais recorrentes de violência e as sugestões de cuidados clínicos e sociais e de políticas públicas. Aqui só serão referidos os textos que ajudaram a configurar o quadro das violências e das causas externas, pois em todo o material pesquisado há muita repetição de dados, de conceitos, ou, em grande parte dos artigos, são analisadas realidades locais de forma apenas descritiva.

DEFINIÇÕES SOBRE VIOLÊNCIA CONTRA IDOSOS

O documento da OMS/Inpea assume a definição oficial do Reino Unido para falar da prevenção de abuso contra idosos: “considera-se abuso contra idosos um ou repetidos atos, ou falta de ações apropriadas, ocorrendo em qualquer relação que cause danos ou omissões em relação a eles” (OMS/Inpea 2002,3). No texto brasileiro sobre a Política de Prevenção de Acidentes e Violências (2001), o abuso contra idosos é tratado a partir da definição dos dois conceitos gerais (acidentes e violências) e depois na especificidade desse grupo. Esse conjunto de definições se desdobra, em ambos os documentos, nas categorias de abusos físicos, psicológicos e sexuais; e, ainda, abandono, negligências, abusos financeiros e autonegligência.

É importante assinalar que, no caso do setor da saúde, a epidemiologia evidencia os indicadores com os quais o sistema mede a magnitude das violências que ocorrem no cotidiano da vida, das instituições e do próprio Estado. Para isso usa o conceito de ‘causas externas’ que é preciso ser diferenciado da noção de ‘violência’. ‘Causas externas’ é uma categoria classificatória estabelecida pela Organização Mundial de Saúde para se referir às resultantes das agressões e dos acidentes, que se contrapõem às doenças e problemas de saúde identificados como ‘internos’. ‘Violência’ é um conceito referente às relações sociais interpessoais, de grupos, de classes, de gênero, ou objetivadas em instituições, quando se empregam diferentes formas, métodos e meios de ferimento e aniquilamento de outrem, ou de sua coação direta ou indireta, causando-lhes danos físicos, mentais e morais.

Neste texto, estão referidos, ao mesmo tempo, o contexto social da violência e a epidemiologia das causas externas. As violências contra idosos, também, freqüentemente, são denominadas maus-tratos e abusos, e este último é o termo mais utilizado pela OMS/Inpea no documento já mencionado (2002). Omitiu-se uma avaliação sobre as últimas duas noções usadas aqui como sinônimo de ‘violência’, termo empregado prioritariamente pelo documento oficial do Ministério da Saúde brasileiro (2001).

MULTIPLICIDADE DE SENTIDOS DA VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS

As violências contra pessoas mais velhas precisam ser compreendidas tendo em vista, pelo menos, três parâmetros: demográfico, socioantropológico e epidemiológico. Do ponto de vista demográfico, a referência é um segmento populacional em acelerado crescimento em quase todos os

países do mundo. Esse fenômeno quantitativo repercute nas formas de visibilidade social desse grupo etário e na expressão e dificuldades de garantir o atendimento de suas necessidades. No Brasil, por exemplo, dobrou-se o nível de esperança de vida ao nascer em relativamente poucas décadas, numa velocidade muito maior que os países europeus, os quais levaram cerca de 140 anos para envelhecer. No entanto, não se trata de um fenômeno apenas nacional. Veras (2002) comenta que a esperança de vida cresceu mundialmente cerca de 30 anos neste último século. O documento da OMS/Inpea (2002) prediz que em 2025 a população mundial de idosos será o dobro, atingindo 1,2 bilhão. Embora esse grupo seja proporcionalmente maior nos países desenvolvidos, é nas nações subdesenvolvidas e em desenvolvimento que ele mais cresce, exigindo políticas públicas e ações sociais específicas de proteção, cuidado e atenção. No caso brasileiro, apesar de toda essa veloz mudança, a maioria dos velhos está na faixa de 60 a 69 anos (a faixa em que a vitimação por violência mais incide), e a população idosa representa 9% da população total (Camarano, 2002). Na Europa, os grupos acima de 70 anos são os que mais crescem (Veras, 1995). De qualquer forma, hoje os velhos são mais de 14 milhões de cidadãos brasileiros, sendo impossível que os problemas que lhes dizem respeito passem despercebidos no país (Camarano, 2002). Assim, mesmo que a vitimação dos velhos seja um fenômeno cultural secular, cujas manifestações são também facilmente reconhecidas nas mais antigas estatísticas epidemiológicas, a quantidade de idosos dá realce a esse problema, pois ele se impõe, do ponto de vista social.

Mas não é apenas a quantidade que torna o tema dos abusos contra os mais velhos uma relevância. Poderia até acontecer um movimento contrário a esse reconhecimento, se a sociedade civil internacional e nacional não estivesse com os sentidos tão aguçados para tudo o que diz respeito aos direitos humanos e sociais. Colocar em pauta o tema dos abusos contra idosos (o último grupo específico que entrou na pauta do diagnóstico sobre o impacto da violência sobre a saúde e a sociedade, e também, nas estratégias de prevenção) significa que as sociedades democráticas e as organizações internacionais condenam as ações e relações que tendem ao domínio e ao aniquilamento desse segmento etário e qualquer forma de relação e de comunicação que redunde em mortes ou lesões físicas, emocionais e espirituais.

Antropológica e culturalmente, as propostas de superação das diversas formas de violência contra os velhos passam a considerar suas necessidades sob sua própria ótica, neste mundo em que sua presença maciça faz parte das profundas transformações demográficas, sociais e econômicas.

Isso significa que, do ponto de vista do interesse público, a idade cronológica precisa ser ressignificada como um princípio norteador de novos direitos e deveres. Sociologicamente sabe-se que a infância, a adolescência, a vida adulta e a velhice não constituem propriedades substanciais que os indivíduos adquirem com o avanço da idade. “O processo biológico, que é real e pode ser reconhecido por sinais externos do corpo, é apropriado e elaborado simbolicamente por todas as sociedades, em rituais que definem, nas fronteiras etárias, um sentido político e organizador do sistema social” (Minayo & Coimbra Jr., 2002, 14). E geralmente, nos diferentes contextos históricos, há uma atribuição de poderes para cada ciclo da vida, que, na realidade, tende a ser um ‘desinvestimento’ político e social na pessoa do idoso. A maioria das culturas costuma separar esses indivíduos e segregá-los, real ou simbolicamente, desejando sua morte. Nesse sentido, são muito interessantes a escolha do título e a forma de apresentação do problema pelo documento da OMS/Inpea. *Missing voices*, seguido do subtítulo: *views of older persons on older abuse*, de um lado politiza a questão; e de outro, reconhece a voz desse grupo social, portanto, considerando-o como ator.

Estudo de Riffiotis (2000) sobre diferentes etnias africanas mostra como, nessas tribos onde impera uma rígida divisão de funções etárias, essa intenção de aniquilamento político dos velhos é ritualizada, pois, numa determinada fase da vida, eles são levados para morrerem, em cavernas distantes dos seus povoados. Nas sociedades ocidentais, esse desejo de aniquilamento se expressa, sobretudo, nos conflitos intergeracionais, nos maus-tratos e negligências, cuja elaboração cultural e simbólica se diferencia em forma de desigualdades que ocorrem no tempo, por classes, por etnias, e por gênero.

Seria de esperar, pelo referido acima, que os velhos se conformassem com seu lugar na divisão de direitos e deveres, culturalmente atribuída, pelos ciclos de vida. Mas não é o que parece ocorrer, pois a forma como a sociedade adulta e jovem discrimina os velhos se contrapõe às expectativas que eles alimentam sobre as comunidades em que vivem. É bastante significativa ainda a pesquisa do antropólogo Leo Simmons (1945) sobre idosos de 71 sociedades indígenas, mostrando que, em todas elas, encontrou os seguintes desejos expressos pelos idosos: viver o máximo possível; terminar a vida de forma digna e sem sofrimento; encontrar ajuda e proteção para a sua progressiva diminuição de capacidades; continuar a participar das decisões da comunidade; prolongar ao máximo conquistas e prerrogativas sociais como propriedades, autoridade e respeito. Essa vontade de participação e o êxito de sua contribuição para a sociedade, no caso bra-

sileiro, estão descritos em interessantes trabalhos sociológicos e antropológicos como os de Simões (2000); Camarano (1999); Heck & Langdon (2002); e Bassit (2002); Minayo & Coimbra Jr. (2002); Minayo (1995;2002).

No caso brasileiro, as violências contra a geração mais velha se expressam em tradicionais formas de discriminação, como a pecha que lhes é atribuída de 'descartáveis' e 'peso social'. Por parte do Estado, esse grande regulador do curso da vida, o idoso hoje é responsabilizado pelo custo insustentável da Previdência Social e, ao mesmo tempo, sofre uma enorme omissão quanto a programas de proteção específicos, embora uma política específica tenha sido formulada a seu favor (MS, 1999). No âmbito das instituições de assistência social e saúde, são freqüentes as denúncias de maus-tratos e negligências. A essa forma de violência, o documento da OMS/Inpea denomina 'abuso estrutural'. Mas esse abuso também se expressa no controle e no saque da renda do idoso, por parte de seus familiares. No Brasil, em 1999, a contribuição do idoso para a renda familiar era de 58%, na área rural, e de 51,3%, na área urbana. O impacto dessa contribuição é maior na região Nordeste do que na Sudeste. Camarano (2002), ao citar esses dados, chama atenção para duas questões extremamente imbricadas. Primeiro, que o grau de dependência do idoso brasileiro é determinado pela renda que ele aufera da Previdência Social e, segundo, alerta para o fato de que importante proporção de famílias depende dessa renda. No entanto, nada se iguala aos abusos e negligências no interior dos próprios lares, onde choque de gerações, problemas de espaço físico e dificuldades financeiras costumam se somar ao imaginário social que considera a velhice como 'decadência'. Vários trabalhos analisam essa violência difusa que perpassa a mídia (Souza et al. 2002) e que reproduz e dramatiza a percepção socialmente construída (Minayo & Coimbra Jr., 2002; Minayo, 2002).

Do ponto de vista epidemiológico, os dados de incidência e prevalência e as séries históricas permitem ir dimensionando o problema e colocando questões para os processos de prevenção de acidentes e violências e de formulação de políticas de qualidade de vida, como exporemos a seguir.

A MAGNITUDE DA VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS NO BRASIL

No perfil de mortes de idosos no Brasil, nos anos de 1980 a 2000, as causas externas representam 3,5% da mortalidade geral, ocupando, nesse conjunto, o sétimo lugar. A análise de séries temporais indicou tendência de queda desse tipo de óbitos nesse período, bem como sazonalidade, ou

seja, elevação das taxas no mês de julho. Em 1980, essas causas significavam 3,5% da mortalidade geral nessa faixa etária (ou seja, na população de 60 anos ou mais) e, em 2000, 2,6%, tendo sido superada pelas doenças infecciosas e parasitárias (DIP) e passando, portanto, de sexta para sétima colocação no *ranking* da mortalidade geral.

No caso das 'causas externas', os dados referentes 'à mortalidade' no período de 1980 a 2000 apresentaram-se estáveis ao longo dos anos estudados. Em 1986, foram verificados os maiores coeficientes, tanto no sexo masculino (162,4 por 100.000) quanto no sexo feminino (66,5 por 100.000 habitantes). Também, em todo o período, observamos diferenças estatisticamente significativas no risco de morrer por violências e acidentes, sendo esse risco muito mais elevado entre homens do que entre mulheres: a razão mais constante é de 2,2 óbitos masculinos para cada óbito feminino.

Tomando como base os anos de 1980 e 2000, em termos proporcionais, na faixa etária de 80 anos ou mais, a mortalidade de mulheres idosas por causas violentas predominou sobre a do grupo de homens. Constatou-se também que, em números absolutos, a mortalidade masculina é maior no grupo de 60 a 69 anos, diminuindo com o avançar da idade. Nessa faixa de idade, em 2000, a proporção foi de 3,5 mortes masculinas para cada óbito feminino. Essa relação passou para 1,9 entre 70 e 79 anos; e para 0,9 na população de 80 anos ou mais, evidenciando-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de idade e entre os sexos.

No conjunto das violências, segundo os dados aqui analisados, as que mais vitimaram os idosos no período estudado foram os 'acidentes de trânsito e transporte, as quedas e os homicídios'. Essas três causas específicas representaram 54,1% do total dos óbitos por violência entre os idosos em 1980 e 52,7% em 2000. É importante destacar que, embora ainda seja a causa violenta mais significativa de mortes da população com mais de 60 anos, os 'acidentes de trânsito e transporte' decresceram proporcionalmente, caindo de 33,2%, em 1980, para 27,1%, em 2000. Ao contrário, as 'quedas' e os 'homicídios' apresentaram crescimento proporcional, passando, respectivamente, de 13,7% e 7,2%, em 1980, para 15,2% e 10,4%, em 2000. Também as proporções de suicídios tendem a se elevar, pois corresponderam a 6,7%, em 1980 e 7,5%, em 2000. Observa-se alta proporção de causas externas com 'intenção indeterminada', embora de 19,4%, em 1980, tenham baixado para 13,9%, em 2000.

Seis unidades da federação destacam-se como as mais violentas para os idosos, pois as taxas de mortalidade por causas externas nesses espaços socioculturais estão entre 115,7 e 198,0 por 100.000 idosos. São elas:

Roraima (198,0), Rondônia (140,2), Mato Grosso (139,3), Rio de Janeiro (126,3), Distrito Federal (125,0) e Mato Grosso do Sul (124,8). Na Paraíba (44,5) e no Maranhão (36,5) foram encontradas as taxas mais baixas.

Na distribuição espacial dos ‘acidentes de trânsito e transporte’ que vitimaram os idosos em 2000, o Distrito Federal (44,7), Rondônia, (44,4), Goiás (39,6), Roraima (38,1), Espírito Santo (37,6%), Paraná (34,1) e Tocantins (30,6) têm as taxas mais elevadas. Pará (9,5) e Acre (9,9) apresentaram as menores taxas por 100.000 idosos.

As ‘quedas’, causa específica cuja relevância só é precedida pelos óbitos por lesões e traumas no trânsito, em 2000 tiveram as maiores taxas encontradas no Distrito Federal (40,1), Rio de Janeiro (32,9), Espírito Santo (29,6), Paraná (26,1), Roraima (22,9) e Goiás (19,8). Para esse tipo de agravo, as menores taxas foram encontradas no Acre (3,3), na Paraíba (3,4) e no Piauí (3,8). Estudo realizado por Uchikawa & Gomes (1999) num grande hospital geral de São Paulo sobre os arquivos hospitalares de 1995, encontrou que 54% dos idosos internados por causas externas o foram por quedas, e 63% desse grupo apresentavam traumatismo crânio-encefálico. Do total dos internados, 23% foram a óbito.

A distribuição espacial da mortalidade por ‘homicídios’ evidencia as maiores taxas por 100.000 habitantes em 2000 em Roraima (45,7), Mato Grosso (42,3), Rondônia (20,8), Amapá (20,6), Pernambuco (19,7), Mato Grosso do Sul (18,5), Espírito Santo (16,8). Maranhão (3,7) e Paraíba (4,0) destacam-se como as unidades da federação que apresentaram as menores taxas de mortalidade por homicídios de idosos em 2000.

Nas principais capitais das regiões metropolitanas, a mortalidade por violências e acidentes ocupou entre o sexto e o oitavo lugar no conjunto das causas de óbito de idosos, em 2000. Os grupamentos poderiam ser assim comentados: oitava posição em Belém e Fortaleza, sétima em Recife, Belo Horizonte, Vitória e Rio de Janeiro e em sexta posição encontramos São Paulo, Curitiba e Porto Alegre, Salvador e Natal.

Nas capitais de regiões metropolitanas há algumas especificidades dignas de nota: Recife destaca-se pelas altas proporções de ‘homicídios’ nesse grupo etário; e Curitiba se evidencia pelas elevadas proporções de ‘suicídios’ que atingiram, em 1998, 16,3% do total dos óbitos por causas externas. Também em Curitiba, é considerável o aumento proporcional de mortes por ‘quedas’, que passaram de 1,7%, em 1980, para 26,4%, em 1998, e 12,6%, em 2000. Salvador apresentou uma relação de 5 óbitos masculinos para cada óbito feminino na faixa etária de 60 a 69 anos, em 1998, relação entre os sexos mais elevada do país. A análise de séries temporais no período de 1980 a 2000 indicou haver uma tendência de diminuição na vitimação

desse grupo etário em Belém. Em Porto Alegre, é importante evidenciar três questões: a melhoria na qualidade dos dados sobre causas externas, havendo um decréscimo considerável na proporção de informações sobre 'causalidade e intencionalidade ignoradas': passaram de 36,6%, em 1980 para 3,5% em 1998 e 6,1% em 2000. Em segundo lugar, deve ser ressaltada a elevada proporção de 'suicídios' entre idosos. Essas proporções passaram de 10,9%, em 1980, para 15,8%, em 1998, e 15,3%, em 2000. E por fim, é digno de nota o considerável aumento nas mortes por 'quedas', nessa capital, indo de 2%, em 1980, para 32,2%, em 1998, e 28,2%, em 2000, no conjunto das causas externas. É claro que a melhoria de qualidade dos dados, graças ao investimento na vigilância epidemiológica da região metropolitana, está refletida no crescimento das proporções de óbitos por causas específicas. Isso fica claro em relação à precariedade dos dados por causas externas em Natal e Salvador, cujo grupo de causas externas com intencionalidade ignorada é bastante elevado. Em 2000, a falta de informações que pudessem qualificar as causas representava 25% em Salvador e 50% em Natal.

Em resumo, destaca-se, felizmente, uma clara tendência decrescente das mortes por causas externas em idosos no Brasil como um todo e nas 11 capitais de regiões metropolitanas. Isso só não foi observado no município de Belo Horizonte, que apresentou tendência crescente.

Num trabalho focalizado sobre o estado do Rio de Janeiro, Souza et al. (1998) mostraram que aí predominam, como causas violentas de morte de idosos, 'acidentes de trânsito e quedas'. Estas últimas vitimam, sobretudo, mulheres na faixa dos 70 ou mais anos de vida. Porém, fica evidente, também, o crescimento de óbitos por 'sufocação' no período de 1980 a 1994, indicando falhas nos serviços assistenciais e ausência de prestação de cuidados médicos.

No Brasil, as informações sobre 'morbidade por causas violentas' em idosos ainda são pouco consistentes, fato observado também na literatura internacional que ressalta a subnotificação em todo o mundo. Por meio de investigações mais localizadas, com trabalho de campo e busca ativa, alguns autores estimam que cerca de 70% das lesões e traumas sofridos pelos velhos não aparecem nas estatísticas. Considerando essa limitação, entende-se que os dados existentes permitem perceber a gravidade dos problemas e observar onde devem ser realizados investimentos do sistema de saúde e das políticas sociais de proteção. Por isso, há que se trabalhar a partir do que existe e buscar-se melhorar as informações desde sua origem.

A análise do Sistema de Informações Hospitalares do SUS revela que 6,2% das internações de homens idosos e 7% das idosas mulheres, no ano

de 1999, foram realizadas por 'lesões e envenenamentos'. Desse conjunto, 63,2% se referiram a fraturas; 19,7%, a lesões traumáticas; 6,3%, a ferimentos; 3,5%, a luxações; 3,1%, a amputações. Do total de 69.637 internações registradas do SIH/SUS, 55% foram devidas a quedas e 23,4%, a acidentes de transporte e trânsito, sobretudo a atropelamentos (Souza et al., 2001). Portanto, para dimensionar a situação de violências e acidentes da qual é vítima a população mais velha, além de analisar os óbitos e as notificações hospitalares é preciso observar a gama de eventos não mortais como agressões físicas e psicológicas, retratando abusos e negligências a que estão sujeitos na vida familiar, comunitária e nas instituições. Os registros policiais mostram que pessoas idosas são vítimas de seqüestros, roubos, assaltos, invasão de domicílio, roubo de propriedade e de veículos, em proporção menor, mas da mesma forma que outros grupos populacionais.

Alguns estudos internacionais e nacionais (Payne et al., 1992; Souza et al. 1999; 2001) referem que, enquanto os acidentes de trânsito e de transporte são a primeira causa específica de mortes de idosos, 'quedas' são o principal tipo de agravo que leva à internação desse grupo populacional e o mais importante motivo pelo qual procuram os serviços de emergência. As 'quedas' ocorrem mais frequentemente entre o quarto e o banheiro, dentro do ambiente doméstico, ao atravessar as ruas, ao subir nos ônibus ou ao se locomoverem dentro deles, e se associam à instabilidade visual e postural mais típicas da idade. Esses autores ressaltam a existência de uma razão de três quedas não fatais para cada queda fatal e observam que a elevada relação entre óbitos e lesões, realmente, está associada sobretudo a negligências em prover proteção aos idosos e, em segundo lugar, associam-se a outros tipos de maus-tratos por parte dos familiares ou dos cuidadores, dentro dos lares ou nas instituições de abrigo. Um terço desse grupo que vive em casa e a metade dos que moram em instituições sofre pelo menos uma queda anual. A fratura de colo de fêmur é a principal causa de hospitalização, e metade dos idosos que sofrem esse tipo de lesão falece dentro de um ano; grande parte dos que sobrevivem fica totalmente dependente dos cuidados de outras pessoas. Isso representa altos custos financeiros e sociais.

PROBLEMAS EVIDENCIADOS PELA BIBLIOGRAFIA NACIONAL E INTERNACIONAL

Considera-se que os dados descritos anteriormente são a ponta do *iceberg* de uma cultura relacional de dominação, de conflitos intergeracionais ou de negligências, familiares ou institucionais, em relação aos idosos. A primeira observação a ser explicitada pela literatura consultada é a grande diferença de amadurecimento das informações dos países da América do Norte e da Europa, em relação ao que é produzido no Brasil e na América Latina. No caso brasileiro, o tema apenas está sendo tocado e problematizado, fato que pode ser atribuído, ao lado de uma falta de prioridade, à novidade do crescimento acelerado de um grupo populacional que, até bem poucas décadas, não era tão significativo.

Os nove textos registrados nas bases nacionais não constituem uma linha de pesquisa que se aprofunda, mas assuntos ainda dispersos, aqui descritos em ordem cronológica: (1) um ensaio sobre 'velhos de rua no Brasil' (Silva, 1996) que se configura apenas como uma denúncia do problema; (2) um perfil sobre 'depressão e suicídio no idoso' (Correa, 1996); (3) um texto sobre 'abuso de pessoas idosas na família' (Figueiredo, 1998); (4) um estudo epidemiológico descritivo sobre o 'extremo da vida sob a mira da violência' (Souza et al., 1998); (5) um estudo etnográfico da 'violência revelada à violência silenciada' em idosos (Menezes, 1999); (6) um estudo epidemiológico descritivo sobre a 'evolução do idoso vítima de acidentes de causa externa no âmbito hospitalar' (Graziano & Pereira, 1999); (7) uma análise crítica sobre a 'morte de idosos na Clínica Santa Genoveva' (Guerra et al., 2000); (8) uma análise quantiquantitativa dos atendimentos a idosos por causas externas, em dois serviços de emergência hospitalar (Souza et al., 1999); (9) uma introdução ao tema da violência contra os idosos nas Américas e no Brasil (Minayo, 2000). Infelizmente, o estágio inicial em que se encontra o tratamento do tema nos permite apenas dizer que ele passou a fazer parte da pauta dos estudiosos do impacto da violência sobre a saúde, mas apenas na segunda metade da década de 90.

Feita essa ressalva a respeito da pouca relevância da produção nacional, é importante ressaltar vários pontos em comum com a literatura internacional. Um deles é a universalidade do problema. Estudos de várias culturas e de cunho comparativo entre países têm demonstrado que pessoas idosas de todos os *status* socioeconômicos, etnias e religiões, são vulneráveis aos maus-tratos (Menezes, 1999; Dhar, 2000; Kosberg & Garcia, 1995).

Buscando descrever melhor os pontos tratados na introdução, diríamos que as violências contra os velhos ocorrem de várias formas: física,

sexual, emocional e financeira, e, freqüentemente, uma pessoa de idade sofre, ao mesmo tempo, vários tipos de maus-tratos. O estudo apresentado pela OMS/Inpea em *Missing Voices* (2002) reporta as seguintes categorias de abuso encontradas em investigação multicêntrica: 'abuso estrutural e societal', que se refere às negligências das políticas públicas, dos serviços de saúde e das instituições; 'negligências e abandonos' que dizem respeito à ausência ou privação de cuidados; 'desrespeito e atitudes de menosprezo' correspondendo ao não-reconhecimento; 'abusos verbais, emocionais e psicológicos' que se referem às ofensas que diminuem a auto-estima da pessoa; 'abusos físicos e abusos legal e financeiro'. Esta última categoria, como o próprio nome indica, diz respeito ao uso indevido das posses ou bens dos idosos sem o seu consentimento.

A pesquisa chama atenção para a dificuldade que os próprios idosos têm de falar da violência que sofrem, e muitos tendem a negar que o problema acontece com eles. O documento descreve os vários contextos em que os abusos e maus-tratos ocorrem: nas situações de aposentadorias e de isolamento físico ou simbólico, nos abrigos e asilos, nos serviços de saúde. E, por fim, alerta para as diferenciações de gênero e de *status* socioeconômico como categorias diferenciadoras das formas de abuso. Essa classificação pode ser entendida como uma tipologia universalizada, pois todos os autores que fazem investigação empírica ou têm analisado arquivos de Emergências Hospitalares e de Institutos Médicos Legais comprovam eventos dessa natureza como bases de lesões e traumas físicos, mentais e emocionais (Chavez, 2002; Pavlik et al. 2001; Menezes, 1999; Ministério da Saúde, 2001; dentre outros). Por exemplo, Wolf (1995), numa revisão de várias pesquisas canadenses, ressalta como abusos mais freqüentes os de origem financeira (12,5%), a agressão verbal (1,4%) e agressões físicas (0,5%).

Os estudos internacionais (Chavez, 2002; Pavlik et al., 2001; Kleinschmidt, 1997) têm mostrado que 90% dos casos de violência e de negligência contra idosos ocorrem no seio da família, sendo que 2/3 dos agressores são filhos e cônjuges dos idosos vitimados. Por isso, é preciso dar atenção a esse problema, tratado por vários autores como Rudolph & Hughes (2001); Chavez (2002); Reay & Browne (2001); e William & Schaffer (2001). As análises internacionais, além de mostrarem o ambiente familiar como conflituoso e abusivo, ressaltam também que a questão do idoso continua a ser, universalmente, problema de responsabilidade das famílias que, na maioria das vezes, não têm preparo algum ou não contam com disposição ou condições para atender adequadamente as pessoas nessa categoria etária.

Estudos nacionais (Menezes, 1999) e internacionais (Anetzberger et al., 1994; Gulbrandsen, 2000; Ortmann et al., 2001; Wolf, 1997; dentre outros)

evidenciam que existe um perfil do abusador familiar, que, por ordem de frequência, costumam ser, em primeiro lugar, os filhos homens mais que as filhas, a seguir, noras e genros, e, por último, esposos. Em estudo sobre essa situação em Barcelona, Ruiz Sanmartin et al. (2001), numa amostra de 307 idosos acima de 70 anos, encontram o seguinte perfil de agressores: 57% eram filhos e filhas; 23% eram genros e noras; 8%, um dos cônjuges. Anetzberger et al. (1994) também evidenciaram como principais agressores, filhos homens, em 56,5% dos casos; e filhos homens solteiros com idade menor que 49 anos, em 78,3% dos casos, num estudo qualitativo realizado com abusadores e não-abusadores, nos Estados Unidos.

O perfil típico do ‘agressor’ foi mais aprofundado por alguns autores que se perguntaram pelas situações de risco que os idosos vivenciam nos lares. As circunstâncias observadas em todo o mundo como agravantes para o abuso são as seguintes: o agressor viver na mesma casa que a vítima; o fato de filhos serem dependentes financeiramente de seus pais de idade avançada; ou os idosos dependerem da família de seus filhos para sua manutenção e sobrevivência; abuso de álcool e drogas pelos filhos, outros adultos da casa ou pelo próprio idoso; haver na família ambiente e vínculos frouxos, pouco comunicativos e pouco afetivos; isolamento social dos familiares e da pessoa de idade avançada; o idoso ter sido ou ser uma pessoa agressiva nas relações com seus familiares; haver história de violência na família; os cuidadores terem sido vítimas de violência doméstica, padecerem de depressão ou qualquer tipo de sofrimento mental ou psiquiátrico (Schiamberg & Gans, 2000; Gulbrandsen, 2000; Ortmann et al., 2001; Wolf, 1997; Ruiz Sanmartin et al., 2001; Chavez, 2002; Reay & Browne, 2001; Williamson & Schaffer, 2001; Menezes, 1999; Lachs et al., 1998; Anetzberger et al., 1994).

Dentre todos os fatores, a grande maioria dos estudiosos ressalta a forte associação entre maus-tratos aos velhos e dependência química (Gomberg, 1999). Segundo Anetzberger et al. (1994), 50% dos abusadores que entrevistaram tinham problemas com bebidas alcoólicas. Anetzberger et al. (1994) e Chavez (2002) assinalam que os agressores físicos e emocionais dos idosos usam álcool e drogas numa proporção três vezes mais elevada que os não-abusadores.

Alguns autores vêm desmistificando a idéia de que os cuidadores familiares seriam os maiores agressores e que as situações de maus-tratos e negligências tenderiam a piorar quanto mais o idoso fosse dependente e mais tempo exigisse de atenção e dedicação. Ora, pesquisadores como Kleinschmidt (1997) Reay & Browne (2001) constataram que essa relação, sem dúvida estressante, só se transforma em violenta quando o cuidador se

isola socialmente, quando sofre de depressão, quando são frouxos os laços afetivos entre o idoso e ele, ou quando quem assiste à pessoa idosa foi vítima de violência por parte dela.

Dizem Williamson & Schaffer (2001) que análises multivariadas sugerem ser a qualidade da relação pré-enfermidade ou anterior ao estado de dependência do idoso em relação ao cuidador que determina a forma positiva ou negativa como este último percebe seu trabalho (como castigo ou como ato de dedicação amorosa), sendo preditiva de estados de depressão e de possíveis comportamentos violentos. Nesse sentido, é muito ilustrativo o trabalho de Caldas (2002), em que, por meio de uma abordagem fenomenológica, ouve e interpreta a ótica dos cuidadores sobre o impacto em suas pessoas e em suas famílias da convivência com idosos em processo de demência. A autora mostra como vai havendo sucessiva adaptação dos cuidadores familiares a uma situação geralmente degenerativa, podendo incluir depressão, sacrifícios pessoais e generosa dedicação.

No que concerne à especificidade de gênero, estudos mostram que, no interior da casa, as mulheres, proporcionalmente, são mais abusadas que os homens; e ao contrário, na rua, eles são as vítimas preferenciais. De ambos os sexos, os idosos mais vulneráveis são os dependentes física ou mentalmente, sobretudo quando apresentam déficit cognitivo, alterações no sono, incontinência, dificuldades de locomoção, necessitando, assim, de cuidados intensivos em suas atividades da vida diária. E, concomitantemente, as consequências dos maus-tratos para eles são também a experiência de depressão, desesperança, alienação, desordem pós-traumática, sentimentos de culpa e negação das ocorrências e situações de maus-tratos (Wolf, 1995).

A partir da quase totalidade dos trabalhos existentes, dá para concluir que a violência contra os idosos é um problema generalizado vinculado a relações intra e intergeracionais, havendo muito poucos casos de exceção a esse problema. Existem estudos específicos e comparativos, como o organizado por Kosberg & Garcia (1995) sobre a Austrália, a Finlândia, África do Sul, Hong Kong, Irlanda e Israel, que mostram a universalidade e as diferenciações, por realidades socioculturais estudadas.

No sentido de demonstrar as especificidades, pode-se dizer que os indicadores de prevalência variam de países para países. Nos Estados Unidos e no Canadá, os autores mostram que 10% da população idosa sofre algum tipo de violência ou de negligências (Wolf, 1995; Chavez, 2002; Kleinschmidt, 1997), estimativa que contempla, inclusive, os índios americanos. Estudos pontuais realizados em Singapura mostram uma prevalência de 2,9% (Cham et al., 2001). Uma pesquisa de cunho

epidemiológico num distrito de Barcelona revelou a prevalência de 11% (Ruiz Sanmartin et al. 2001). É importante ressaltar que os altos índices de prevalência dos Estados Unidos e do Canadá (Scott, 1994) podem ser, ao contrário, um indicador de maior vigilância sobre o problema, uma vez que em todo o mundo existe a subnotificação de maus tratos.

CONCLUSÕES

Referindo a atenção dos sistemas de saúde ao problema das violências contra idosos que, como já dissemos anteriormente, ultrapassam em muito as lesões e traumas que chegam aos serviços ou aos óbitos, estudos médicos, sobretudo do setor de emergência, mostram o pouco envolvimento dos profissionais de saúde com a problemática dos maus-tratos contra os idosos, mesmo quando, em seu diagnóstico, fica evidente a existência de violências como causas das lesões (Deslandes, 2002; Chavez, 2002). Continua aqui também a lógica que define seu não-envolvimento com problemas que consideram do âmbito privado ou fora da competência da medicina. O texto de Hirsch & Loewy (2001), escrito especialmente para médicos, alerta-os para a necessidade de melhorarem seu diagnóstico em casos de maus-tratos e ensina-lhes a reconhecer alguns sinais, ultrapassando, assim, o mero cuidado com a lesão física, pela qual um idoso os procura. Esses autores dizem que é preciso prestar atenção à aparência desse cliente; ao fato de que procure seguidamente seus cuidados para o mesmo diagnóstico; a suas repetidas ausências às consultas agendadas; aos sinais físicos suspeitos; e às explicações improváveis de familiares para determinadas lesões e traumas. E concluem instruindo os médicos para que, no caso de diagnosticarem a ocorrência de abusos ou negligências, devem providenciar um monitoramento mais cuidadoso. Sugerem que se incluam visitas domiciliares periódicas, e, se for o caso, que denunciem às autoridades competentes a existência dos maus-tratos, para que se tomem providências relativas à proteção das vítimas e a penalidades contra os abusadores.

Visando à prevenção é preciso ficar claro que dentre as principais causas externas de morbidade e de mortalidade destacam-se 'os acidentes de trânsito e transporte e as quedas'. Essa constatação está indicando a necessidade de medidas específicas tanto no âmbito público quanto no privado, assim como de esclarecimento e educação sobre as providências que poderiam ajudar a prevenir e a diminuir as ocorrências e os deletérios efeitos sobre a autonomia de vida das vítimas. Maior tempo de sinalização

para a travessia de ruas, melhor iluminação, calçadas sem obstáculos e buracos, conservação das vias, reeducação de motoristas de coletivos para garantir o respeito e a segurança podem colaborar para a prevenção de acidentes nessa faixa etária (Souza et al., 1999). Em relação ao idoso condutor, é necessário garantir sua capacitação mediante os requisitos necessários previstos no Código de Transito Brasileiro, com o objetivo de garantir sua segurança na condução de veículos, bem como a prevenção de acidentes provocados por ele em função de suas próprias limitações. Do mesmo modo, cuidados básicos de segurança, principalmente nas moradias, apoio nos banheiros, tapetes antiderrapantes e melhor iluminação, dentre outros, poderiam evitar a ocorrência de quedas fatais.

Do ponto de vista do atendimento à saúde, é preciso aumentar e melhorar o controle de medicamentos, sobretudo os psicotrópicos – ansiolíticos, sedativos e hipnóticos – de uso freqüente entre idosos (Perodeau, 2002), acompanhar e rever periodicamente o uso desses medicamentos e investigar seus efeitos adversos, preferir monodrogas em detrimento das associações em doses fixas e suspender o seu uso sempre que possível (Rozenfeld, 2002).

É crucial, a partir deste momento histórico, que sejam propiciados amplos programas de capacitação para cuidadores de idosos, a fim de se prevenirem as várias formas de violência física, psicológica, sexual e negligência. Sendo a violência contra idosos um problema cultural, é importante também que se façam programas de sensibilização para que o respeito a esse grupo social fortaleça o nível de cidadania de toda a sociedade. Acima de tudo, é preciso contar com os mais velhos como uma categoria social poderosa em números e na contribuição que traz para o desenvolvimento do Brasil. Velhos, de cabelos brancos ou coloridos, são novos e relevantes atores, movimentando a vida social, a economia e a cultura do país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANATZBERGER, G. J.; KORBIN, J. E. & AUSTIN, C. Alcoholism and elder abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, 9(2): 184-193, 1994.
- BASSIT, A. Z. História de Mulheres: reflexões sobre a maturidade e a velhice. In: MINAYO, M. C. S. & COIMBRA Jr., C. E. (orgs.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 175-191.

- CALDAS, C. P. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: MINAYO, M. C. S. & COIMBRA Jr., C. E. (org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 51-72.
- CAMARANO, A. A. (org.). *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*. Brasília: ipea, 1999.
- CAMARANO, A. A. Brazilian population ageing, well-being in social polices. *1ª Oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde de idosos no Brasil*, 2002, p. 27-36.
- CHAM, G.W. & SEOW, E. The pattern of elderly abuse presenting to an emergency department. *Singapore Medical Journal*, 41(12): 567-568, 2000.
- CHAVEZ, N. *Violence against elderly*, 2002. Disponível em: <http://www.health.org/referrals/resguides.asp>. Acesso em: 15.out. 2002.
- CORREA, A.C.O. Depressão e suicídio no idoso. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45(3): 149-157, 1996.
- DESLANDES, S. F. *Frágeis deuses*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- DHAR, H.L.. Primitive society, health & elderly. *Indian Journal of Medical Science*, 54(3): 98-101, 2000.
- FIGUEIREDO, S. C. S. Abuso de pessoas idosas na família. *Gerontologia*, 6(3): 126-135, 1998.
- GOMBERG, E. S. L. *Abuse of the elderly*. Massachussets: Allyn & Bacon Editors, 1999.
- GRAZIANO, K. U. & PEREIRA, V. G. Evolução do idoso vítima de acidentes por causa externa, no âmbito hospitalar. *Gerontologia*, 7(1): 52-61, 1999.
- GUERRA, H.L, et al. A morte dos idosos na Clínica Santa Genoveva, Rio de Janeiro: um excesso de mortalidade que o sistema público poderia ter evitado. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2): 545-551, 2000.
- GULBRANDSEN, P. Patients in general practice who experienced violence or threats from someone they knew well. *Tidsskr nor laegeforen*, 120(7): 839-842, 2000.
- HECK, R. M. & LANGDON, E.J.M. Envelhecimento, relações de gênero e o papel das mulheres na organização da vida de uma comunidade rural. In: MINAYO, M. C. S. & COIMBRA Jr., C. E. (org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2002. pp. 129-152.

- HIRCH, C.H. & LOEWY, R. The management of elder mistreatment: the physicians's role. *Wien klin wochenschr*, 113(10): 384-392, 2001.
- KLEINSCHMIDT, K.C. Elder abuse: a review. *Annals of Emergency Medicine*, 30(4): 463-472, 1997.
- KOSBERG, J. & GARCIA, J.L. *Elder abuse: International and Cross-Cultural Perspective*. New York: Haworth Press, 1995.
- LASCHS, M.S. et al. The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*, 280(5): 428-432, 1998.
- MACHADO, L. M. Vozes ignoradas: percepções sobre a violência contra os idosos. *Documento da 1ª Oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde dos idosos no Brasil*. Ouro Preto, MG, 2002. p.97-102.
- MENEZES, M. R. de. *Da violência revelada à violência silenciada: um estudo etnográfico sobre a violência doméstica contra o idoso*, 1999. Tese de Doutorado. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- MINAYO, M. C. S. A relevância do tema violência, no cuidado da população idosa. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, 4(2);15-24, 1995.
- MINAYO, M. C. S. Prevenção de violências e acidentes contra os idosos: uma meta necessária. *1ª Oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde dos idosos no Brasil*. 2002. p.103-110.
- MINAYO, M. C. S. & COIMBRA JR, C.E. *Antropologia, Envelhecimento e Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política nacional de saúde do idoso*. Brasília: MS, 1999.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política nacional de prevenção de acidentes e violências*. Brasília: MS, 2001.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE & REDE INTERNACIONAL DE PREVENÇÃO DE ABUSO EM PESSOAS IDOSAS. *Missing Voices: views of older persons on elder abuse*. Genebra: WHO/INPEA, 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *World Report on Violence and Health*. Genebra: WHO, 2002.
- ORTMANN, C. et al. Fatal neglect of the elderly. *Journal of Legal Medicine*, 114(3): 191-193, 2001.

- PAVLIK, V.N. et al. Quantifying the problem of abuse and neglect in adults: analysis of statewide database. *American Journal of Geriatric Society*, 49(1): 45-48, 2001.
- PAYNE, F.J. et al. Falls Among the Elderly: a Community Prevention Program. *American Journal of Public Health*, 82(6): 892-894, 1992.
- PERODEAU, G. Long-term use of benzodiazepines by the elderly. A psychosocial perspective. *1ª Oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde de idosos no Brasil*, p.125-132, 2002.
- REAY .M. & BROWNE, K.D. Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. *Aging Mental Health*, 5(1): 56-62, 2001.
- RIFFIOTIS, T. O ciclo vital contemplado: a dinâmica dos sistemas etários em sociedades negro-africanas. p. 27-35. In: LINS E BARROS, M. (org.). *Velhice ou terceira idade? Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.
- ROZENFELD, S. O uso inadequado de medicamentos entre idosos. *Ia. Oficina de trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde de idosos no Brasil*, p. 133-137, 2002.
- RUDOLPH, M.N. & HUGHES, D.H. Emergency assessments of domestic violence, sexual dangerousness, and elder and child abuse. *Psychiatric Services*, 52(3): 281-306, 2001.
- RUIZ SANMARTIN, A. et al. Violência doméstica: prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos. *Atención Primaria*, 27(5): 331-334, 2001.
- SCHIAMBERG, L.B. & GANS, D. Elder abuse by adult children: an applied ecological framework for understanding contextual risk factors and intergenerational character of quality life. *International Journal of Aging Human Development*, 50(4): 329-359, 2000.
- SCOTT, E. Canada's family violence initiative: partnerships. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(supl.1): 218-222, 1994.
- SIJUWADE, P.O. Cross-cultural perspective on Elder abuse as a family dilemma. *Social Behavior and Personality*, 23(3): 247-251, 1995.
- SILVA, M.A.M. O. Velhos de rua no Brasil. *A terceira idade*, 9(12): 5-18, 1996.
- SIMÕES, J.A. A velhice e o espaço público. In: LINS E BARROS, M.M. (org.) *Velhice ou terceira idade*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000. p. 25-34.

- SIMMONS, L.W. *The role of the aged in primitive society*. New Haven: Yale University Press, 1945.
- SOUZA, E. R. et al. Extremo da vida sob a mira da violência: mortalidade de idosos no estado do Rio de Janeiro". *Gerontologia*, 6(2): 66-73, 1998.
- SOUZA, E. R. et al. La morbilidad hospitalaria por violencia contra ancianos. Estudio de la atención de emergencia en dos hospitales públicos de Río de Janeiro. *Cuadernos Médico Sociales*, 76: 71-82, 1999.
- SOUZA, E. R. et al. Mortalidade por causas externas em idosos no Brasil, estados e regiões metropolitanas. *Boletim Claves/Cenepi*, 2001.
- SOUZA, E. R. et al. O idoso sob o olhar do outro. In: MINAYO, M. C. S. & COIMBRA Jr., C. E. (org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 191-209.
- UCHIKAWA, G.K & GOMES, V.P. Evolução do idoso, vítima de acidentes de causa externa, no âmbito hospitalar. *Gerontologia*, 7(1): 52-61, 1999.
- VERAS, R.P. *Pais jovem com cabelos brancos. A saúde do idoso no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 1995.
- VERAS, R.P. A era dos idosos: os novos desafios. *1ª Oficina de Trabalho sobre desigualdades sociais e de gênero em saúde de idosos no Brasil*, 2002. p. 89-96.
- WILLIAMSON, G.M. & SHAFFER, D.R. Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: how we were then, how we are now. The family relationship in late life project. *Psychology Aging*, 16(2): 217-226, 2001.
- WOLF, R.S. Maltrato en ancianos. In: ANZOLA PEREZ, E. (org.). *Atención de los ancianos: un desafío para los novent*. Washington: Opas, 1995. p. 35-42.
- WOLF, R.S. Elder abuse and neglect: causes and consequences. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(1): 153-174, 1997.

DROGAS E VULNERABILIDADE ÀS VIOLÊNCIAS

Suely F. Deslandes

INTRODUÇÃO

O objetivo deste texto é analisar as principais tendências da produção científica de autores brasileiros da área da saúde sobre uso de drogas. O período de recorte eleito foi o de 1990 a 2000. Toma-se como pressuposto que as complexas relações que envolvem o uso/uso indevido de drogas lícitas e ilícitas constituem um cenário de vulnerabilidade à violência. Diante de tantas opções de análise, dada a heterogeneidade do acervo, optou-se por dois caminhos. Primeiro, buscou-se identificar nessa produção seus interlocutores, os sujeitos a quem são dirigidas as análises, a visibilidade que lhes é conferida e a leitura a eles destinadas. O segundo exercício foi o de tentar mapear, *grosso modo*, o debate de fundo da área da saúde: a discussão sobre prevenção e atenção. Numa análise transversal, buscou-se identificar as correlações feitas pelos autores entre o uso indevido/comércio de drogas e violências.

Feita essa cartografia sintética das intenções deste capítulo, busca-se agora a defesa da hipótese que sustenta o trabalho e justifica sua inclusão neste livro: a correlação sociológica entre uso e comércio de drogas e vulnerabilidade à violência.

O uso de drogas (consideradas todas as que alterem estados de consciência) é uma prática comum à própria história humana (Bucher, 1996) e é capaz de produzir tantos efeitos psíquicos e corporais de extremo prazer como de intenso sofrimento. Como se observa em adolescentes e jovens, o uso de substâncias pode propiciar a inserção em grupos de sociabilidade ou, em contrapartida, pode levar a inacreditáveis níveis de exclusão e segregação social. Complexas e contraditórias, as relações entre consumo e

comércio de drogas têm mobilizado o imaginário social e desafiado intelectuais a desconstruir as associações empiricistas reificadas pelo senso comum. Uma dessas representações, fortalecida por muitos exemplos cotidianos, é a associação linear e (uni) causal entre consumo de drogas e prática de violências, simplificada ao extremo na expressão “drogas geram violência”. Entretanto, em contrapartida, sem necessariamente afirmar nexos diretos de causalidade, o consumo de substâncias psicoativas está, inegavelmente, associado a tentativas de suicídios, prática de maus-tratos contra crianças e adolescentes, violência conjugal, homicídios e, para ser fiel à lógica das “causas externas”, também aos acidentes de trânsito.

Os autores que debatem a temática das drogas têm apontado a necessidade de se considerar primeiramente: (a) a arbitrariedade e os interesses que se ocultam nas classificações das drogas legais e ilegais (McRae, 1994); (b) a diferença entre dependência e uso recreacional e ocasional; (c) o erro de considerar o usuário como um dependente potencial e o dependente como pessoa sem discernimento ou capacidades (Marques e Doneda, 1998); (d) as diferenças entre os vários tipos de drogas e os efeitos que provocam; (e) as conseqüências causadas pela banalização e permissividade que envolvem o consumo e comércio de drogas lícitas e a estigmatização que envolve o consumo das ilícitas (Sá, 1994); (f) as complexas relações de impunidade, corrupção, poder e violência que sustentam o rico comércio das drogas ilegais (Zaluar, 2000).

Assim, como nos alerta Velho (1993), são tantas e tão heterogêneas as relações que se estabelecem nas redes de produção, distribuição e consumo de drogas como o universo simbólico a elas associadas que é impossível tratar todo esse escopo a partir de uma definição uniforme (o tão propagado “mundo das drogas”). É fundamental, portanto, a contextualização, o exame atento das diferentes situações e do papel dos atores.

Em trabalho anterior (Minayo & Deslandes, 1998), apontava-se que há, pelo menos, dois grandes níveis de análise. O primeiro diz respeito ao “consumo”. Trata da relação entre as mudanças biológicas e psicológicas que podem ser ocasionadas pelo uso de determinadas substâncias (lícitas ou ilícitas) e que poderiam afetar condutas individuais e desencadear atos de violência interpessoal. Inclui ainda as relações construídas no âmbito macro das estruturas sociais, definidas no campo da política e da economia que levam à estigmatização da condição de usuário das drogas ilícitas, tornando-o mais suscetível à repressão policial e social. O segundo nível se relaciona às complexas ações que movimentam o ‘narcocomércio’. Ainda que se manifeste sob a forma interpessoal, nesse cenário, a violência ganha a face de um processo social ampliado e massificado.

Em relação ao primeiro nível de abordagem, ao contrário do que imagina o senso comum, o álcool é a substância mais ligada às mudanças de comportamento provocadas por efeitos psicofarmacológicos que desencadeiam a violência. Pesquisas experimentais demonstram que o abuso de álcool pode ser responsável pelo aumento da agressividade entre os usuários (Fagan, 1990; 1993). Todavia, é preciso se levar em conta que fatores como peso corporal, tipo de metabolismo, processos neuroendócrinos e neuroanômicos, características de personalidade, produzem diferenças individuais no uso de drogas e mudança de comportamento.

Permanecem muitas dúvidas quanto às relações causais entre o uso de álcool e outras substâncias e a prática de violências. Ainda não foi possível determinar que tal uso afete o comportamento das pessoas envolvidas, como não é possível saber se essas pessoas em estado de abstinência teriam cometido as mesmas violências.

Por outro lado, os usuários dependentes de substâncias lícitas ou ilícitas, uma vez sob condições de estigmatização, podem desenvolver comportamentos mais agressivos como resposta às pressões que sofrem (Boyum & Kleiman, 1995). Aqueles em situação de toxicomania de substâncias ilícitas sofrem de forma mais severa tais conseqüências, agravadas pela violência policial, como revelam estudos com usuários de drogas injetáveis (Deslandes et al., 2002).

Num contexto de dependência, a chamada “motivação econômica” (a prática de crime para conseguir comprar drogas) é uma explicação apenas superficial do complexo universo que constitui o mercado de drogas. O mais sólido e predizível vínculo entre violência e drogas se encontra nas relações do tráfico de drogas ilegais. Vendedores e compradores praticam a violência sob uma quantidade enorme de circunstâncias: roubo do dinheiro ou da própria droga, disputas em relação a sua qualidade ou quantidade, desacordo de preço, disputa de territórios. A violência constitui, sobretudo, uma estratégia para disciplinar o mercado, seus agentes e subordinados. O narcotráfico amplia o repertório das violências mas também representa oportunidades que a economia formal deixa de oferecer, circunstância sob a qual o mercado das drogas se expande (Minayo & Deslandes, 1998).

Como se vê, o nó que se impõe desatar não é aferir qual papel que a substância, *de per si*, desempenha nas personalidades individuais para cometerem as variadas formas de violências. O desafio é analisar como atuam sinergicamente o ‘tipo de substância e suas propriedades farmacológicas, as reações individuais e o contexto (o campo das relações que constituem e regulam as redes de uso e de comércio das drogas)’.

METODOLOGIA

O acervo aqui analisado foi obtido a partir de pesquisa bibliográfica realizada pelo Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (Claves) em parceria com o CNPq. Os critérios de seleção da bibliografia e das bases de consulta encontram-se, portanto, descritos na Introdução deste livro.

Alguns esclarecimentos, contudo, precisam ser feitos. O acervo pertinente à questão das drogas possui lacunas e certamente deixou de incluir vários textos. Argumenta-se, contudo, que os principais autores e obras estão, em boa parte, contemplados, permitindo um mapeamento inicial do estado de arte desse campo de conhecimento na década de 90. Optou-se por privilegiar textos de pesquisadores, ainda que observando as influências da produção institucional (do Ministério da Saúde e Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebid, por exemplo). Trabalha-se com a bibliografia específica da saúde, ainda que outras áreas contextualizem o debate, tais como as leituras oriundas do direito, da sociologia e da antropologia social. Delimitou-se o acervo apenas aos trabalhos publicados ou equivalentes (dissertações de mestrado e teses de doutorado), ficando excluídos os relatórios de pesquisa e as produções mimeografadas.

Pode-se notar a ausência de textos sobre o consumo de tabaco, que, por gozar da qualificação de “droga lícita”, configura-se como uma das mais consumidas, mesmo sendo comprovadamente potente fator associado ao desenvolvimento de inúmeros agravos à saúde. Contudo, sua participação como elemento de vulnerabilidade à violência não é da mesma relevância que a das bebidas alcóolicas e drogas ilícitas, cujas presenças se notam de forma evidente no acervo analisado. Textos sobre intoxicações e uso involuntário de substâncias ocupacionais também não foram incluídos.

O primeiro tratamento dado ao acervo foi o de classificação. Foram analisados 145 textos, sendo 68 capítulos de livros, 52 artigos, 16 dissertações, seis teses e três livros (obras de um único autor). Por limitações de espaço editorial não serão citados todos os textos analisados.

As áreas de conhecimento foram aferidas considerando-se, prioritariamente, a origem da publicação e a formação dos autores. Nota-se, como pode ser verificado na tabela 1, que o acervo selecionado é maior no segundo período da década. Há predominância do campo da Saúde Mental (psicologia, psicanálise e psiquiatria), seguida pela produção da Saúde Pública. A Medicina está especialmente representada por publicações e autores da pediatria.

Tabela 1 - Distribuição da bibliografia segundo a área de conhecimento e período de publicação.

Área de conhecimento	1990-1994	1995-2000	Total
Saúde Mental	38	24	62
Saúde Pública	5	49	54
Medicina	3	16	19
Enfermagem	2	6	8
Farmácia	-	2	2
Total	48	97	145

Dos textos analisados, 33 fazem menção explícita à associação entre uso e/ou comércio de drogas e violências. Analisando-se a metodologia empregada nos trabalhos têm-se: ensaios (50), estudos epidemiológicos (34), estudos qualitativos (19), revisão bibliográfica (16), relatos de experiências (7), estudos clínicos (6), abordagens conjugando os métodos quantitativos e qualitativos (6), descrição quantitativa sem referencial específico de método (3) e, finalmente, há 4 trabalhos em que não foi possível qualificar o método usado.

Entende-se que a análise de textos é um exercício hermenêutico por excelência. Nesse caminho metodológico, assume-se o papel interpretativo ao se buscarem os eixos da racionalidade expostos ou velados no acervo bem como as ideologias diluídas em sua tessitura. As tecnologias de análise foram mescladas, tomando de empréstimo algumas orientações da análise de conteúdo e outras da análise de discurso. Da análise de conteúdo, a partir da identificação de núcleos de sentidos, foi agregada a análise crítica das “mensagens” contidas nos textos, buscando-se a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção dessas mensagens (Bardin, 1979). A mesma orientação é qualificada pela análise de discurso (Fairclough, 2001). Essas condições de produção são o conjunto das relações sociais, culturais e político-econômicas, ou seja, o nível estrutural e, por outro lado, o conjunto de valores culturais, práticas institucionais e grupais, isto é, o nível da ação dos sujeitos. Buscou-se, ainda que brevemente, a análise das vertentes ideológicas que se conformam ‘no’ e ‘pelo’ discurso dos textos analisados.

A VISIBILIDADE DOS SUJEITOS

Certamente pelos desafios que a adolescência inaugura, pelas angústias que são intensificadas nesse período da vida, pelas pressões dos pares e mesmo pelo desejo de conhecer o novo e de testar o controle sobre sua própria vida, os adolescentes constituem um grupo bastante vulnerável ao uso de drogas, sendo um público-alvo desse mercado e de seus agentes. Não é de se estranhar, portanto, que figurem como o sujeito mais constantemente evocado na produção da década de 90 sobre o uso de drogas. Contudo, concordando com Coelho Jr. e Gonttiès (2000), é preciso evitar a armadilha de estereotipar o adolescente, seja atribuindo-lhe toda a responsabilidade pelo consumo desregrado, dado que há uma rede de atrativos de *marketing* produzidos por um mercado profissional de venda de drogas lícitas e mesmo de ilícitas, seja indicando-o erroneamente como o grupo etário que mais consome drogas.

Nesse acervo focando a adolescência, nota-se uma forte influência do modelo de pesquisa consolidado pelo Cebrid, que há anos realiza inquéritos nacionais e regionais sobre prevalência de consumo de variadas substâncias com populações de escolares inquirindo-lhes sobre “o uso na vida, uso no último ano e no último mês”. Trata-se de uma das experiências mais amplas e sistematicamente repetidas de que se dispõe em termos de inquéritos nacionais sobre consumo de psicotrópicos. Assim, vários artigos e mesmo dissertações de mestrado inspiram-se nesse desenho, procedendo à análise da situação de prevalência em certos municípios (Muza, 1991; Souza, 1995; Lima, 2000). Tais pesquisas trazem a vantagem de poder incluir grandes amostras populacionais (geralmente envolvendo cerca de mil alunos ou mais) e procedem a comparações entre o padrão de uso local e o da região e mesmo com o perfil nacional, oferecendo subsídios para diagnósticos estratégicos à prevenção. Conjugam-se a esse desenho outras possibilidades, tais como a comparação dos padrões de consumo entre alunos da rede pública e privada (Godoi et al., 1991; Trois et al., 1994) ou mesmo buscando associação a questões qualitativas como as características de personalidade, relações interpessoais e familiares, motivações de uso e representações sobre drogas (Muza, 1991, 1996; Araújo & Gomes, 1998).

Tais estudos vêm preencher uma lacuna considerável no país – a de conhecer em nível populacional mais ampliado, pelo menos de uma faixa reconhecidamente vulnerável, os padrões de uso de drogas. Contudo, conforme alerta Cotrim (1991), os inquéritos conduzidos com escolares, mesmo os realizados pelo Cebrid, não possuem o estatuto de “indicador de

situação nacional”, sendo possível compará-los apenas com outras estatísticas internacionais relativas ao padrão de consumo entre estudantes. Em outros termos, os inquéritos de prevalência de uso entre alunos não substituí o necessário conhecimento sobre o comportamento de uso na população geral, nas populações internadas e nas encarceradas, sobre os óbitos, internações e atendimentos hospitalares causados ou associados ao uso de drogas, seja entre crianças e adolescentes, seja na população adulta. Corroborando tais deficiências da produção nacional, pode-se citar, no acervo analisado, apenas um trabalho (Souza, 1995) que realiza um estudo de prevalência em população mais geral (moradores de um bairro universitário), outro que trata a associação entre uso de álcool, outras drogas e acidentes traumáticos (Chaves et al., 1997) e um terceiro que analisa a presença de substâncias psicotrópicas em cadáveres de suicidas (Carlini-Cotrim, Gallina & Chasain, 1998).

A literatura analisada ainda confere especial atenção a um grupo dentre os adolescentes e crianças que é reconhecido como extremamente vulnerável ao consumo e dependência de drogas – ‘os meninos(as) em situação de rua’. A produção do período destaca claramente dois aspectos. O primeiro é a constatação de que a prevalência de uso de drogas entre essas crianças e adolescentes é altíssima, especialmente de inalantes (Bucher, Costa & Oliveira, 1991; Rodrigues et al., 1999). O segundo ponto é o reconhecimento de que, em um cenário de exclusão e violência, o uso de drogas desempenha muitos papéis: o de afirmação de uma identidade de grupo, de recreação, para amenizar a fome e o medo, visto enfim como um sedativo para o sofrimento (Brito, 1999; Kuchenbecker, 2000). Estabelece-se um ciclo em que a exclusão leva à dependência e seus efeitos, tornando-os mais vulneráveis à violência e mais socialmente discriminados. Tais ênfases não são novidade, pois a literatura da década de 80 já levantava tais problemas. O que parece constituir um novo parâmetro é o encaminhamento sugerido para as intervenções / ações junto a esse grupo.

Embora se afirme a importância do trabalho com a criança ‘na’ situação de rua (Bucher, 1996; Brito, 1999), o fortalecimento dos vínculos familiares, escolares e comunitários são vistos como centrais para qualquer ação, seja de prevenção, seja de assistência (Foster et al., 1992), dando outra tônica em relação à linha adotada na década de 80, que enfatizava mais as tentativas de minimizar os efeitos deletérios da situação de rua para seu crescimento e desenvolvimento. No que se refere ao consumo de inalantes, há um alerta para a inoperância dos mecanismos de proibição, pois, uma vez interdita a venda da cola de sapateiro, outra substância será escolhida para ocupar seu lugar. Percebe-se o esforço da literatura

em desmistificar a associação causal, traçada pelo senso comum, de que o consumo de drogas levaria meninos(as) a cometerem delitos e violências. O que se aponta é que as próprias condições violentas, relações e demandas da vida da rua favorecem o uso indevido (Foster et al., 1992; Bucher, Doneda & Carmo, 1994; Bucher, 1996).

Os autores chamam a atenção para a importância de se constituir uma rede de tratamento à dependência que inclua o suporte material às necessidades diárias da criança e do adolescente e à melhoria de sua qualidade de vida.

Exceto os textos que trabalham com meninos(as) em situação de rua, apenas um trabalho aborda o problema da dependência tratando-se de 'crianças' (Davoli & Mariano, 1994). Nesse artigo, divulga-se o problema da administração de bebidas alcóolicas a crianças pelos seus pais, configurando uma forma significativa de maus-tratos. Tema pouco debatido pela literatura pediátrica porém bastante comum no dia-a-dia da assistência.

Os 'adolescentes usuários/dependentes de drogas e aqueles em tratamento' também constituíram o foco de interesse de pequena parcela da literatura analisada, o que pode sugerir uma lacuna nesse campo de estudos. Num dos textos (Scivoletto, Henriques Jr. & Andrade, 1997), descreve-se o perfil de um conjunto de adolescentes sob tratamento e comparam-se características entre os usuários de *crack* e de outras substâncias. Muza (1996) analisa a ótica de adolescentes consumidores pertencentes às classes médias e populares, discutindo suas relações familiares, interpessoais e motivações para o uso.

Outro filão pouco representado no acervo pesquisado foi a questão do envolvimento de 'adolescentes e jovens no mercado ilegal de drogas'. A presença de meninos e também de meninas tem constituído fonte barata e descartável de mão-de-obra para a rede de vendas de drogas no varejo e tem sido responsável por uma cifra exorbitante de mortes violentas entre esses jovens (Zaluar, 2000). Tratando-se da relação drogas & vulnerabilidade para a violência, a participação na compra, venda e distribuição de drogas constitui, sem dúvida, uma das condições de maior vulnerabilidade seja para crianças, adolescentes ou adultos. Entretanto, é especialmente ameaçador para as primeiras, dadas suas condições e estratégias mais frágeis de sobrevivência. Esse mercado tem representado um amplo espaço de trabalho para jovens pobres e excluídos dos bens simbólicos e materiais que são demandados pelo mercado formal. Operando nas malhas da impunidade e corrupção, emprega milhares de crianças e adolescentes sem exigir qualificações acadêmicas, oferecendo-lhes

remuneração mais alta que um adulto de sua família receberia num emprego, dando-lhes subitamente afirmação identitária e *status* perante seus pares, comunidade, além de uma capacidade de consumo jamais tida (Zaluar, 1993; 2000).

A complexidade dessas relações ainda tem sido pouco analisada pelo campo da saúde. Nesse sentido, a dissertação de Moreira (2000) traz uma interessante contribuição ao analisar a ótica e as vivências de jovens envolvidos com o tráfico de drogas, estigmatizados pela mídia e pela sociedade por meio da alcunha de “soldados do tráfico”. Kodato e Silva (2000) investigam os fatores associados aos homicídios cometidos por adolescentes e destacam o envolvimento com tráfico de drogas como uma importante variável.

Considerando-se os ‘jovens’, destaca-se um texto que analisa seu envolvimento em acidentes de trânsito por dirigirem alcoolizados (Pinsky, 1999). Contudo, os jovens universitários são os mais abordados por esse segmento da literatura, repetindo-se, em maioria, os modelos de estudos de prevalência (Saldanha et al., 1994; Queiroz, 2000).

O segundo grande destaque na produção da década de 90 é aferido ao ‘usuário de drogas injetáveis’ (UDI). Não é exagero afirmar que o UDI emerge como importante protagonista no cenário da reflexão nacional sobre drogas apenas na década de 90, alçado a essa condição de destaque pelo problema da disseminação do HIV/Aids e por sua potencial participação nesse processo (Andrade, 1995; Bastos, 1996). Até então, o enfoque dado ao problema da drogadição injetável e seus usuários era restrito essencialmente ao problema da dependência química, seja nas abordagens voltadas para a prevenção ou tratamento. Para se ter uma noção da ‘invisibilidade’ desses sujeitos no debate nacional da década anterior, em revisão realizada pelo Cebrid com trabalhos publicados até 1990, reunindo 1.251 textos sobre consumo de substâncias psicoativas, apenas seis focavam os UDI (Bastos, 1996).

Assim, uma das fortes tendências nesse campo de publicações é o investimento no conhecimento epidemiológico-descritivo-diagnóstico visando a dar subsídios para a implementação de medidas e políticas de prevenção e assistência. Há, assim, um destaque para os estudos que tratam da participação dos usuários de injetáveis no quadro de morbimortalidade por Aids, analisando-se a participação masculina, feminina, das diferentes faixas etárias e regiões (Lima & Simões, 1995; Bastos, 1996). Num segundo momento, as pesquisas recorrem aos centros de atendimento existentes para UDI e vários outros serviços então criados ou apoiados pela Coordenação Nacional de DST/Aids, obtendo um contato direto com essa população. Assim, os estudos passam a enfocar a prevalência da Aids

e de outras doenças (especialmente as hepatites virais), os comportamentos de risco e condições de vida dessa população (Carvalho, Bueno & Brasil, 2000; Seibel & Carvalho, 2000).

Observa-se uma lacuna considerável de trabalhos que investiguem, do ponto de vista qualitativo, as práticas de uso, regras de sociabilidade, concepções de risco e de prevenção. Fernandez (1994) produz um dos poucos textos que adotam tal linha nesse período, e Mesquita et al. (2000) discutem as potencialidades das metodologias qualitativas para diagnósticos rápidos de necessidades e de recursos sociais de grupos e comunidades.

Quanto à conexão com a violência, a literatura é unânime em afirmar que a condição de usuário de injetáveis expõe os indivíduos a uma estigmatização ainda mais intensa que a sofrida pelos usuários de outras drogas. Não raro sofrem a violência policial, dos traficantes e mesmo de seus pares. Além da possibilidade concreta de agressões, podem ser vítimas letais de *overdose*, dado que são precários os mecanismos de controle da pureza da cocaína injetada.

O 'usuário em tratamento' também foi alvo de parcela da bibliografia analisada. As variáveis relacionadas ao abandono de tratamento (Passos, 1996) bem como a busca de conhecer melhor essa população e sua situação de saúde expressam-se nos estudos que analisam a morbidade psiquiátrica e as tentativas de suicídios observadas nesse grupo (Lopes, Mari & Szwarcwald, 1991; Zago, 1994). Com o mesmo intuito de melhor conhecer o usuário, Diniz (1992), utilizando a linha compreensiva, busca discutir o projeto existencial de alcoolistas na perspectiva de fornecer maiores subsídios à assistência.

Os 'profissionais da saúde' também constituíram um interlocutor para os trabalhos desse acervo. Em linhas gerais, contudo, a maioria aborda especificamente a questão do alcoolismo, pouco incluindo as outras formas de drogadição. Os textos voltados para o profissional de enfermagem, visam à sensibilização básica dos profissionais (afirmando-se a necessidade de ele próprio reconhecer que o alcoolismo é uma 'doença!'), a qualificação e a socialização de experiências de tratamento de alcoolistas (Rosa 1991; Donato, 2000). Há textos ainda que cumpram o mesmo papel, só que destinados aos pediatras. Vários autores (Gorgulho, 1995; Denadai, Fisberg & Medeiro, 2000) alertam para os riscos do uso de drogas na adolescência e descrevem as propriedades das substâncias, chamando atenção para seus efeitos clínicos. Tais trabalhos parecem constituir mais um apelo à sensibilização e informação da própria classe de pediatras, conclamando a um olhar mais atento e quiçá um comprometimento com a prevenção.

Os 'trabalhadores' e as situações de uso/abuso de drogas e suas implicações são o foco de pequena parcela da produção aqui analisada. A incidência e seriedade de acidentes de trabalho quando associadas ao uso de álcool são estudadas (Caracciolo Jr., 1991), como o tipo de substância mais consumida por determinada categoria ocupacional (Hoirish, 1996). Numa linha mais qualitativa, busca-se entender as motivações para o uso, o papel fundamental de suporte e apoio que a empresa pode desempenhar para o tratamento desses funcionários, e o risco de se estabelecer um círculo vicioso em que a baixa de produtividade seja seguida de críticas e ameaças, aumentando mais ainda a frequência de uso (Bento, 1998; Haviaras, 1999).

A abordagem da 'mulher' que consome drogas constitui pequena parcela do acervo analisado, sugerindo que a leitura de gênero nessa temática é um campo pouco explorado. Giordani (2000) trabalha com representações de uso entre mulheres presidiárias, a maioria delas presa por uso e tráfico de entorpecentes. As características de mulheres alcoolistas são analisadas, seja das internadas em hospital psiquiátrico (Borini et al., 2000), seja em comparação com o perfil de homens alcoolistas (Hochgraf, 1995; Simão, 1999).

O trabalho de Simão et al. (1997) apresenta uma revisão bibliográfica sobre a correlação entre alcoolismo feminino e violência para o período de 1990-1995, e mesmo consultando bases internacionais como Medline, Psyclit e Lilacs, diagnostica que o tema foi tratado majoritariamente dentro de situações de violência doméstica e apenas em seus aspectos genéricos.

O GRANDE DEBATE : PREVENÇÃO, ASSISTÊNCIA E REDUÇÃO DE DANOS AO USO INDEVIDO DE DROGAS

Direta ou indiretamente, quase todos os autores da área mencionam as diretrizes vigentes ou encaminham proposições de prevenção, assistência e perspectivas de abordagem ao uso indevido de drogas. Busca-se, a seguir, apresentar sinteticamente esse debate.

Quanto à 'prevenção', a literatura da década de 90 é veemente na crítica aos modelos centrados na vertente da 'guerra às drogas', no paradigma de 'redução da oferta', cujos mecanismos repressivos, estigmatizadores, criminalizadores e calcados na lógica policial têm se revelado amplamente ineficazes e responsáveis por incrementar mais ainda as situações de violência, especialmente contra os usuários. Nesse sentido, os autores apontam vários reducionismos que tais orientações fazem no debate sobre o

consumo de drogas. Seja ‘demonizando’ as drogas ilícitas e seus usuários, seja omitindo os muitos efeitos deletérios à saúde que as drogas lícitas causam, especialmente as bebidas alcóolicas, o tabaco e vários medicamentos vendidos sem controle médico (Bucher, 1993,1996; Zaluar, 1993a, Vargas, 1998). A ideologia e as contradições que revestem a política internacional e nacional sobre drogas também foram foco de análise da literatura, apontando, sobretudo, a ineficácia dos modelos repressivos, a desigualdade entre os grandes investimentos feitos na repressão e os poucos financiamentos para a prevenção ao uso indevido e tratamento das dependências e as diversas consequências da criminalização do usuário (Acselrad, 1993; Bucher, 1996; Noto & Galduróz, 1999; Karan, 2000).

Uma das construções ideológicas mais criticadas pela literatura é a idéia de uma “sociedade sem drogas”, vendida pelos que advogam a vertente “antidrogas”. Contra tal vendeta conservadora, pode-se observar um conjunto de estudos histórico-antropológicos que demonstra quão ancestral é o uso de substâncias que alteram os estados de consciência humana (Bucher,1996; Espinheira, 1995).

Assim, se por um lado as comunidades humanas têm consumido drogas e administrado os limites desse consumo ao longo de milhares de anos, sem prejuízo da ordem social nem incremento da violência, por outro lado é inegável que hoje existem regras inteiramente novas de produção, circulação e consumo, ditadas pelo narcomercado globalizado – um dos setores econômicos mais poderosos da produção planetária. Os padrões do consumo atual de drogas revelam ainda as características da sociedade onde se expressam. Não é novidade reconhecer que as formações contemporâneas ocidentais são marcadas por uma cultura de competitividade, pressões por consumo compulsivo, por espaços mais escassos de realização afetiva, situações estruturais de iniquidade e exclusão social, que comprometem globalmente a qualidade de vida da população. Assim, é na tessitura das relações de poder, produção e distribuição de riquezas, atualizadas pela própria sociedade que se criam as condições de dependência/toxicomanias e não por elementos ou personagens ‘externos’ (Acselrad, 1993, Vargas, 1998).

Nesse contexto, o debate se desdobra para delicadas fronteiras, buscando criar marcos diferenciais entre a necessidade de repressão às organizações criminosas ligadas ao tráfico e, em contrapartida, a urgência de descriminalização do usuário e do reconhecimento desse indivíduo como ser humano, sujeito de direitos e desejos (Acselrad, 2000). Compreender o contexto sócio-histórico que estimula o consumo de drogas lícitas e ilícitas bem como as motivações pessoais são objetivos postos ao campo.

Por outro lado, a literatura alerta que não podem ser minimizados os muitos agravos à saúde e o sofrimento que o uso indevido e a dependência ocasionam ao próprio usuário e seus familiares. Busca-se então delinear as diferenças entre uso recreacional ou ocasional, uso abusivo ou uso indevido, e dependência ou toxicomania, na perspectiva de demarcar conceitos operadores ao campo e evitar equívocos usuais no debate de senso comum.

Os autores que debatem a questão da prevenção ao uso indevido de drogas apontam para a consolidação e execução de um novo paradigma, embasado pelas orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS), Organismo das Nações Unidas para o Controle Internacional das Drogas (UNDCP), Unesco, ONU e Unicef.

A nova matriz de prevenção prevê mudanças radicais de orientação, rompendo com o modelo repressivo para adotar outro, calcado na elevação dos padrões de qualidade de vida. O novo paradigma é baseado numa lógica holista, que se afirma numa orientação educacional baseada na promoção da paz e da autonomia, em uma cultura de valorização da vida, de responsabilidade consigo e com o outro e na promoção da cidadania plena. Além da família, outras organizações sociais e sujeitos são elencados como centrais para a realização dessas orientações, sendo a escola e a comunidade seus principais elos (Acselrad, 1993, 2000; Siqueira, 1993). Obviamente, tais orientações exigem mudanças estruturais, não oferecendo respostas imediatas (Bucher, 1996). Parece consensual à literatura que a prevenção ao uso indevido de drogas demanda ações que ultrapassem o imediatismo das respostas rápidas, quantificáveis (mas ineficazes para as próximas gerações) e sejam coerentes com a idéia de que sempre haverá consumo de drogas, mas que tais opções podem ser orientadas pelo uso responsável, num contexto de respeito às diferenças e ao usuário.

Contudo, na literatura analisada há poucos trabalhos que busquem sugerir ou encaminhar propostas de prevenção já orientadas por tal paradigma ou textos que debatam as condições necessárias para sua execução. Monteiro & Rebello (2000) e Schall (2000) discutem as possibilidades de prevenção ao uso indevido de drogas pelo viés educativo e lúdico. Destaca-se a publicação do Cebrid (1999) com relatos de experiências de dezenas de escolas vinculadas ao “Projeto Prevenção também se Ensina”, implantado desde 1996 na rede estadual de ensino de São Paulo.

“As terapêuticas e experiências de atendimento” constituem outra vertente do acervo analisado. A primeira constatação feita pela área é que, em termos de Brasil, são escassas as ofertas de atendimento terapêutico, e o financiamento destinado a essa área é infinitamente menor que aquele dirigido à repressão (Bucher, 1996). O atendimento muitas vezes é feito por

instituições leigas ou religiosas com pouco ou nenhum embasamento profissional da saúde, sem critérios de avaliação, acompanhamento ou alta. Contudo, pouco se verifica nesse debate a presença de pesquisas avaliativas ou diagnósticas sobre a real situação da qualidade e do quantitativo da oferta terapêutica às toxicomanias nas distintas regiões do país, impossibilitando o mapeamento do que se tem e as demandas existentes. No final da década, o Ministério da Saúde, através da Coordenação de Saúde Mental, publica uma proposta de normalização dos serviços oferecidos pelo SUS (Ministério da Saúde, 1998-1999). A lacuna é de tal ordem que a Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), substituta do Conselho Federal de Entorpecentes, passa a debater o problema no I Fórum Nacional Antidrogas, em 1998.

Na literatura estudada, observa-se que as terapêuticas das toxicomanias constituem um variado leque de iniciativas. Há propostas de desintoxicação, tratamento medicamentoso (farmacoterapia), psicoterapia individual ou em grupo, terapia de co-dependente, terapia ocupacional, terapias comportamentais, sistêmicas, existencialistas, entre outras. Há desde a atuação estritamente biomédica, psicológica ou psicanalítica, até as que conjugam variados escopos. Distintas abordagens são identificadas: a proposição de abstinência; a substituição de uma substância ilícita por outra lícita sob controle médico; o controle medicamentoso da sintomatologia associada; a adequação a comportamentos socialmente aceitos; a busca de reestruturação da personalidade (Silveira, 1995). Outras experiências conjugadas são relatadas, como a da terapia individual do co-dependente associada ao apoio de psicofármacos. Os critérios de uso de psicofármacos no apoio das terapias também são discutidos (Cruz, 1993; Simões, 1993).

No campo 'psi', a abordagem psicanalítica demarca seu espaço no debate. As leituras freudianas e lacanianas predominam e, por vezes, são contextualizadas com textos de Hugo Freda. Os temas mais recorrentes foram a estruturação psíquica da perversão e sua imbricação com a sexualidade (Birman, 1993; Becker e Vidal, 1993), a questão do vínculo terapêutico (Garcia, 1993) e a função paterna e materna na produção de dependências (Schenker, 1993; Palatnik, 1993). Discute-se ainda a relação entre estruturas clínicas da neurose, psicose, perversão e toxicomania, indicando-se a importância de se trabalharem as particularidades de cada biografia e sujeito (Inem, 1993).

Um outro campo de reflexões, a 'redução de danos' (*harm reduction*), agrega vários textos e autores, ganhando destaque na produção brasileira da década de 90. Trata-se de uma abordagem que, apesar de não ter sido

criada recentemente, ganha um grande relevo a partir da necessidade de atuação junto ao problema da disseminação da Aids entre usuários de drogas injetáveis. Diante da significativa participação dos UDI nesse quadro epidêmico, empreende-se a busca por novas metodologias de prevenção que dêem conta, de forma pragmática, do desafio de promover comportamentos protetivos, mesmo na situação de dependência.

A redução de danos ganha o estatuto de um paradigma que irá direcionar todo o campo de prevenção às DST/Aids e de outras doenças transmitidas pelo sangue e influenciará ainda as abordagens terapêuticas de toxicomanias. Constitui, na realidade, uma abordagem inteiramente inovadora que, em oposição às estratégias de redução da oferta, trabalha com a premissa de que o indivíduo, mesmo fazendo uso de drogas, é capaz de empreender ações de autocuidado e de prevenção. Tem como meta a redução das consequências adversas do uso, sem exigir a abstinência. Defende que, se não é possível interromper o uso, então que se procurem formas mais seguras de consumo, evitando-se o compartilhamento de seringas e materiais. Longe de constituir qualquer apologia ao uso, tal abordagem parte de avaliações realistas da ineficácia das abordagens repressivas tanto para a prevenção quanto para tratamento (Marques e Doneda, 1998) e busca uma saída ancorada na flexibilidade e negociação de pautas possíveis de prevenção junto aos usuários. Como sintetiza Lago (1999), a proposta de redução de danos baseia-se nos princípios de tolerância (aceita a escolha do outro em continuar usando drogas), solidariedade (estabelece uma relação de ajuda entre iguais morais) e confiança (acredita que o UDI seja capaz de cuidar de si). O objetivo principal da referida abordagem é evitar o uso de injetáveis, substituí-lo por drogas de uso não parenteral, ou, em último caso, o compartilhamento de seringas (Bucher, 1996; Bastos, 1996). Em síntese, há uma ordem hierárquica de negociação com o indivíduo: o melhor é não fazer uso de drogas, caso haja uso, que se evitem práticas injetáveis, caso não seja possível, que se faça um 'uso limpo'.

Percebe-se, portanto, um grande esforço da literatura analisada em tornar conhecido o histórico dessa linha de atuação e do conceito de redução de danos (Bastos, 1996; Bucher, 1996; Lago, 1999).

A segunda vertente, marcante nessa produção, trata (a) da descrição das estratégias empregadas pelos projetos brasileiros de redução de danos, comparando-as com as experiências internacionais, e (b) da defesa de sua eficácia. São debatidas as estratégias mais usuais, discutem-se as características e ações dos programas de troca de seringas (PTS) espalhados pelo país, a abordagem educacional entre pares realizada pelos agentes comunitários/redutores, a disponibilização de materiais para a prática de

sexo seguro e 'uso limpo' de drogas e as ações de promoção de cidadania entre UDI. Percebe-se uma significativa preocupação em demonstrar que a experiência de troca de seringas e de distribuição de materiais para desinfecção de equipamentos não causou aumento de usuários nem de consumo de drogas (Bastos, 1996, Bucher, 1996; Marques e Doneda, 1998; Erwig & Bastos, 2000). Há, contudo, o reconhecimento de que ainda se tornam necessárias pesquisas que avaliem mais sistematicamente a eficácia de tais estratégias para a mudança de comportamentos de risco e para a redução da prevalência da Aids e de outras doenças. Nesse sentido, destacam-se as iniciativas de Chiaravalloti Neto et al. (2000) e Caiaffa et al. (2000).

É constante ainda o debate sobre as muitas resistências, obstáculos e polêmicas encontrados na execução das estratégias de redução de danos, especialmente o de cunho jurídico e moral (Mesquita, 1998; Bueno, 1998; Marques e Doneda, 1998). Observa-se que tais estratégias podem colaborar para ruptura da situação de marginalização do UDI, cujas expressões também se materializam nas inúmeras situações de violência sofridas por esses sujeitos.

CONCLUSÕES

A análise desse acervo, que constitui uma parcela da literatura produzida na década de 90 pela área da saúde, permite tão-somente, num nível exploratório, inferir algumas tendências.

As opções de método empregadas na produção desse campo demarcam o predomínio dos ensaios. Como é comum aos ensaios, percebe-se o exercício da reflexão sistemática, envolvendo a defesa de posição do autor diante de um tema. A maioria discute os caminhos da prevenção e as políticas sobre drogas no país. Em seguida, são priorizados os estudos epidemiológicos, especialmente os de prevalência, seja do consumo das substâncias, no caso de adolescentes, seja das doenças transmitidas pelo uso compartilhado de injetáveis. Os estudos qualitativos constituem parcela discreta das pesquisas e poderiam representar uma contribuição estratégica para a compreensão e atuação diante da temática, explorando, apenas como exemplo, as representações e motivações para a experimentação e uso; as redes e hábitos de uso e as concepções de risco/vulnerabilidade/prazer. As revisões bibliográficas, que contribuem para a análise do estado de arte de qualquer campo de conhecimento, também configuram modesta participação.

Em relação aos sujeitos enfocados pela literatura, a ênfase é dada ao protagonismo dos adolescentes e dos usuários de drogas injetáveis. Tais prioridades refletem as políticas de saúde da década para a prevenção do uso indevido e da disseminação da Aids. Em contrapartida, constata-se uma certa “invisibilidade” das mulheres usuárias de drogas e dos trabalhadores.

Se as relações, efeitos e conseqüências concernentes ao uso de drogas são bem representados no acervo, em contrapartida, a questão do comércio de drogas é um tema ainda pouco explorado. Como hipótese, pode-se inferir que o campo da saúde tem, historicamente, o domínio nas leituras biológicas ou psicológicas/psicanalíticas, mas ainda incorpora gradativa e paulatinamente as leituras das ciências sociais, o que remete ao polêmico e polissêmico debate do que é reconhecido como um problema da saúde.

Outras lacunas, apontadas pelos próprios autores estudados, são os estudos sobre o uso de substâncias na população geral, nas populações internadas e nas encarceradas. Ainda é insuficiente o conhecimento sobre a participação do consumo de drogas nos óbitos, internações e atendimentos hospitalares.

Ao que indica a literatura, a prevenção ao uso/uso indevido, bem como a assistência aos dependentes, consolida novos paradigmas, buscando-se o reconhecimento do outro, a tolerância, o respeito, a autonomia e a promoção da vida com qualidade. O debate revela ainda as resistências políticas, legais e morais encontradas bem como as dificuldades em transformar pragmaticamente tais ideários em ação.

Como pode ser observado também, a literatura demonstra com clareza quão variadas são as relações entre uso indevido /comércio de drogas ilícitas e violências. A situação de severa exclusão social e de exposição às violências pode levar à busca de alívio nas drogas, como exemplificam os textos que analisam a situação de meninos(as) em situação de rua. Note-se que aí há uma inversão dos termos, sendo a ‘violência a motivadora do uso’. Mas, sinergicamente, o uso indevido e a possível situação de dependência expõem esses adolescentes a uma rede de relações que podem ser, novamente, desencadeadoras de violências: agressividade entre outros adolescentes por posse e divisão das drogas, prática de pequenos delitos para a compra de drogas e para a satisfação de outras necessidades, tornando-os vulneráveis à violência policial e da população.

Nos textos sobre os UDI, pode-se verificar que a condição de usuários de drogas e mais ainda de usuário em situação de dependência, especialmente das ilícitas é, *de per si*, um fator de vulnerabilidade a diversas formas de violência: (a) simbólica – que assume muitas faces na segregação e

estigmatização social e familiar, (b) policial, (c) dos agentes do tráfico, (d) dos próprios parceiros de uso.

Na literatura sobre violência doméstica, o uso indevido de drogas usualmente figura como precipitante de comportamentos agressivos, seja nas situações de violência conjugal ou de maus-tratos. A indução ao uso indevido/dependência aparece ainda como uma forma de maus-tratos contra crianças, sendo a imposição da substância, em si, a materialização e o 'meio da violência perpetrada'.

No que concerne aos suicídios e suas tentativas, o uso abusivo pode representar 'o meio da violência' autoperpetrada, isto é, o suicídio por intoxicação/*overdose* de variadas substâncias ou um 'potencializador' para que o indivíduo realize o ato suicida.

O uso de substâncias, com destaque para as bebidas alcoólicas, é 'correlacionado de forma causal' à perda de reflexos, discernimento e a outros efeitos orgânicos e mentais que podem ser responsáveis pelos acidentes de trânsito, envolvendo diferentes protagonistas, seja na condição de condutores de veículos, seja na de pedestres. A mesma correlação é feita no caso dos acidentes de trabalho.

A participação no comércio de substâncias ilícitas, inscrita como prática criminosa em quase todas as legislações mundiais, emerge como um 'campo ampliado de vulnerabilidade às violências', especialmente para agressões e homicídios. Afeta particularmente adolescentes e jovens pobres, seja como agentes e/ou como vítimas.

A partir de tal exame, pode-se concluir que há inúmeras relações que extrapolam a linearidade de causa-efeito entre drogas e violências. A literatura permite vislumbrar ainda os perigos das muitas falácias que se ocultam no imaginário social. Uma delas é a 'lógica individualista', em que se focalizam apenas os efeitos psíquicos e orgânicos das substâncias psicoativas que favoreceriam comportamentos violentos, desprezando o contexto cultural, geracional, de gênero, comunitário, familiar e situacional. No extremo oposto, situa-se a 'leitura coletivista ou ecológica' em que se vinculam explicações baseadas na articulação determinista entre pobreza-tráfico-violência, desprezando-se os contextos das diferentes comunidades, da sinergia entre comércio legal e ilegal, da corrupção e da impunidade que gozam certos representantes das elites nacionais e internacionais.

Assim, emerge uma pauta de demandas imbricadas para a análise das relações entre drogas e violências: o exame atento das motivações pessoais, das características psíquicas e das condições orgânicas dos sujeitos, e, também do contexto cultural e comunitário, da condição de gênero e de geração, das relações familiares e da situação de estigmatização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSELRAD, G. A comunidade e a prevenção. In: *Drogas: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago. 1993. p. 17-24.
- ACSELRAD, G. A educação para a autonomia: a construção de um discurso democrático sobre o uso de drogas. In: ACSELRAD, G. (org). *Avessos do prazer. Drogas, Aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- ANDRADE, T. As abordagens preventivas: entre prevenção idealizada e prevenção possível. In: *Drogas, Aids e Sociedade*. Brasília: Coordenação-Geral de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids. 1995.
- ARAÚJO, L B. & GOMES, W B. Adolescência e as expectativas em relação aos efeitos do álcool. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(1):5-33, 1998.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BASTOS, F.I. *Ruína e reconstrução, AIDS e drogas injetáveis na cena contemporânea*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABIA/uerj, 1996.
- BECKER, P & VIDAL, E.A. Drogas(há)ditos. In: *Drogas: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago Ed., p. 68-73, 1993.
- BENTO, M.L. Alcoolismo na empresa. *Revista da Saúde - URCAMP*, 2(2): 13-16, 1998.
- BIRMAN, J. Dionísios desencantados. In: *Drogas: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago. 1993.
- BORINI, P. et al. Alcoolismo feminino: características demográficas, sociais e epidemiológicas de pacientes de baixa renda internadas em hospital psiquiátrico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 49(1/2): 13-19, 2000.
- BOYUM, D. & KLEIMAN, M.A.R. Alcohol and other drugs. In: *Crime*. California: Institute for Contemporary Studies Press, 1995.
- BRITO, R. C. *Uso de drogas entre meninos e meninas em situação de rua: subsídios para uma intervenção comunitária*, 1999. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- BUCHER, R. As drogas e as ideologias de prevenção. In: *Drogas: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago. 1993.
- BUCHER, R. *Drogas e sociedade nos tempos da Aids*. Brasília: Editora UnB, 1996.

- BUCHER, R.; COSTA, A.C. L. & OLIVEIRA, J.A. Consumo de inalantes e condições de vida de menores da periferia de Brasília. *Revista ABP-APAL*, 13(1): 18-26,1991.
- BUCHER, R. & DONEDA, D. CARMO, R. A. Acerca de delinquência juvenil e consumo de drogas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 10 (2): 287-297, 1994.
- BUENO, R. Estratégias de redução de danos em Santos, SP. In: BASTOS, F. I. & MESQUITA, F. (org.). *Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde. 1998.
- CAIAFFA, W. et al. Prevenção do HIV em populações em Uds e Projeto Ajude-Brasil. In: MESQUITA, F. & SEIBEL, S. (org.). *Consumo de drogas : desafios e perspectivas*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CARACCIOLO JR., G. B. Consumo de álcool e acidentes do trabalho. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 61(4): 96-102, 1991.
- CARLINI-COTRIM, B.; GALLINA, J.R. & CHASIN, A. A. M. Ocorrências de suicídios sob efeito de álcool: um estudo na região metropolitana de São Paulo. *Revista ABP-APAL*, 20(4): 146-149, 1998.
- CARVALHO, H. B.; BUENO, R. & PROJETO BRASIL. Infecção pelo HIV e seus determinantes em sete cidades brasileiras. In: MESQUITA, F. & SEIBEL, S. (org.). *Consumo de drogas: desafios e perspectivas*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CEBRID. A prevenção na escola. Relatos de experiências. *Boletim Cebriid*, 39 (15), 1999.
- CHAVES, D.N.B. et al. Acidentes traumáticos e ingestão de bebidas alcóolicas. *Revista Brasileira de Medicina*. 54(9): 760-762, 1997.
- CHIARAVALLOTI NETO, F. et al. Programa de redução de danos em São José do Rio Preto. In: MESQUITA, F. & SEIBEL, S. (org.). *Consumo de Drogas: desafios e perspectivas*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- COELHO JÚNIOR, L.L. & GONTIÊS, B. Consumo de álcool e maconha entre adolescentes: uma perspectiva psicossocial do tema. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 52(4):45-59, 2000.
- COTRIM, B. C. O consumo de substâncias psicotrópicas por estudantes secundários: o Brasil frente à situação internacional. *Revista ABP-APAL*, 13(3): 112-116,1991.
- CRUZ, M. S. Contexto atual da psicofarmacoterapia. In. *Drogas: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago Ed., p. 229-233, 1993.

- DAVOLI, A. & MARIANO, E.C. Uso de bebidas alcóolicas por crianças: fenômeno a ser investigado. *Jornal de Pediatria*, 70(1): 52-55, 1994.
- DENADAI, R. C.; FISBERG, M. & MEDEIROS, É. H. G. R. Cocaína e crack: o adolescente e o risco das drogas. *Pediatria Moderna*, XXXVI(11): 762-765, 2000.
- DESLANDES, S. F. et al. As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica de usuários de drogas injetáveis. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1): 141-151, 2002
- DINIZ, S. A. *Sentido da Vida: base para a compreensão do alcoolista*. 1992. Dissertação de mestrado. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- DONATO, M. Alcoolismo: a doença "diferente". *Revista Brasileira de Neurologia*, 36(1): 27-32, 2000.
- ERWIG, L. R & BASTOS, F. I. Redução de danos secundários ao consumo de drogas e assistência primária à saúde: a experiência de Porto Alegre. In: ACSELRAD, G. (org). *Avessos do Prazer. Drogas, Aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- ESPINHEIRA, G. A existência humana: prazeres, riscos e opções. In: *Drogas, Aids e sociedade*. Brasília: Coordenação-Geral de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids, p. 9-24, 1995.
- FAGAN, J. Intoxication and aggression. In: TONRY, M. & WILSON, J. Q. (org.). *Drugs and Crime*. Chicago: Chicago University Press, 1990.
- FAGAN, J. Drugs, alcohol and violence. *Health Affairs*, 12(4): 66-79, 1993.
- FAIRCLOUGH, N. *Discurso e mudança social*. Brasília: Editora UnB, 2001.
- FERNANDEZ, O. F. R. L. A prática de injeções de drogas e o uso comunitário de seringas e a redução de riscos ao HIV. In: PARKER, R. et al (org.). *Aids no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ABIA/IMS-uerj, 1994.
- FORSTER, L. M. K. et al. Meninos na rua: relação entre abuso de drogas e atividades ilícitas. *Revista ABP-APAL*, São Paulo, 14(3): 115-120, 1992.
- GARCIA, S. I. Droga: objeto não transicional. Aspectos da formação do vínculo terapêutico com dependentes de drogas. In: *Drogas: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago Ed., p. 104-114, 1993.
- GIORDANI, A. T. *Pesquisa-ação com mulheres detentas sobre sexualidade, DST-Aids e drogas*, 2000. Dissertação de mestrado. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

- GODOI, A.M.M. et al. Consumo de substâncias psicoativas entre estudantes da rede privada de ensino. *Revista de Saúde Pública*, 25(2): 150-156, 1991.
- GORGULHO, M. Uso de drogas: conceitos e preconceitos. *Pediatrica Moderna*, 31(6):1.014-1.016, 1995.
- HAVIARAS, C.C. *O processo de viver de trabalhadores dependentes químicos: um movimento de "busca de ser feliz"*, 1999. Dissertação de Mestrado. Florianópolis: Programa de Mestrado de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.
- HOCHGRAF, P.B. *Alcoolismo feminino: comparação de características sociodemográficas e padrão de evolução entre homens e mulheres alcoolistas*, 1995. Tese de Doutorado. São Paulo: Psiquiatria, Universidade de São Paulo.
- HOIRISCH, A. Aeronavegantes e o uso de ansiolíticos, soníferos e antidepressivos. *Anais da Academia Nacional de Medicina*, 156(1): 9-12, 1996.
- INEM, C.L. O sintoma e a particularidade do sujeito. In: *Drogas: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, 1993.
- KARAM, M.L. Legislação brasileira sobre drogas: história recente – a criminalização da diferença. In: ACSELRAD, G. (org). *Avessos do prazer. Drogas, Aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- KODATO, S. & SILVA, A.P.S. Homicídios de adolescentes: refletindo sobre alguns fatores associados. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(3): 507-515, 2000.
- KUCHENBECKER, A.S. *Uso de drogas entre meninos e meninas de rua no Centro de Porto Alegre*, 2000. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- LAGO, M. A. *Da marginalidade à tolerância. Reflexões éticas sobre a estratégia de redução de danos*, 1999. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal de Santa Catarina.
- LIMA, E.S. Drogas na Adolescência: um estudo sobre exposição e riscos associados, 2000. Tese de Doutorado. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- LIMA, E.S & SIMÕES, A. M.A. Usuários de drogas injetáveis e Aids. In: *Drogas, Aids e sociedade*. Brasília: Coordenação-Geral de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids, 1995.
- LIMA, J.M. B. Alcoolismo, saúde do trabalhador e a universidade. *Revista Brasileira de Neurologia*, 31(3): 149-150, 1995.
- LOPES, C.S., MARI, J.J. & SZWARCOWALD, C. L. Morbidade psiquiátrica em pacientes usuários de drogas. *Revista ABP-APAL*, 13(4): 161-169, 1991.

- MAIA, E. et al. O alcoolismo sob a ótica dos candidatos ao vestibular da Ufes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2): 72-75, 2000.
- MARQUES, F. & DONEDA, D. A política brasileira de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas: diretrizes e seus desdobramentos nos estados e municípios. In: BASTOS, F. I. & MESQUITA, F. (org.). *Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- McRAE, E. A Importância dos fatores socioculturais na compreensão das drogas. In: ZALUAR, A. (org.). *Drogas e cidadania*. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- MESQUITA, F. Dar oportunidade de vida ao usuário de drogas injetáveis – polêmica nacional. In: BASTOS, F. I. & MESQUITA, F. (org.). *Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública*. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- MESQUITA, F. et al. Diagnóstico rápido e pronta resposta. In: MESQUITA, F. & SEIBEL, S. (org.). *Consumo de Drogas : desafios e perspectivas*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- MINAYO, M. C. S. & DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(1): 35-42, 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Proposta de Normalização dos Serviços de Atenção a transtornos por uso de substâncias psicoativas*. Brasília: Coordenação de Saúde Mental, 1998-1999.
- MONTEIRO, S & REBELLO, S. Prevenção ao HIV/Aids e do uso indevido de drogas: desenvolvimento e avaliação de jogos educativos. In: ACSELRAD, G. (org.). *Avessos do Prazer. Drogas, Aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- MOREIRA, M. R. *Nem soldados, nem inocentes: jovens e tráfico de drogas no Município do Rio de Janeiro*, 2000. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- MUZA, G.M. *Fatores associadas ao consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares da cidade de Ribeirão Preto-SP, 1980,1991*. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- MUZA, G.M. *Alcoolismo e drogadição na adolescência: histórias de vida*, 1996. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

- NOTO, A.R. & GALDURÓZ, J. C. F. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1): 145-151, 1999.
- PALATNIK, E. Por que atender mães de dependentes de drogas? In: *Drogas: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, 1993.
- PASSOS, S.R.L. *Fatores associados ao abandono de tratamento ambulatorial para dependência de drogas entre pacientes de um centro de referência no Rio de Janeiro*, 1996. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- PINSKY, I. *Dirigir alcoolizado: perfil de risco entre jovens de São Paulo*, 1999. Tese de Doutorado. São Paulo: Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo.
- QUEIROZ, S. *Fatores relacionados ao uso de drogas e condições de risco entre alunos de graduação da Universidade de São Paulo*, 2000. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- RODRIGUES et al. Intoxicação de escolares e adolescentes por inalação de cola de sapateiro. *Anais da Academia Nacional de Medicina*, 159(2): 79-80, 1999.
- ROSA, A. J. S. *Assistência de enfermagem a alcoolistas: a opinião de 21 enfermeiros*, 1991. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- SÁ, D.B.S. Projeto para uma nova política de drogas no país. In: ZALUAR, A. (org.). *Drogas e Cidadania*. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- SALDANHA, V. B. et al. Epidemiologia do uso de álcool em estudantes da Universidade Federal de Santa Maria. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43(12): 655-658, 1994.
- SCHALL, V. A prevenção de DST/Aids e do uso indevido de drogas a partir da pré-adolescência: uma abordagem lúdico-afetiva. In: ACSELRAD, G. (org.). *Avessos do prazer. Drogas, Aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- SCHENKER, M. Função paterna no sistema toxicômano. In: *Drogas: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, 1993.
- SCIVOLETTO, S.; HENRIQUES JÚNIOR, S.G. & ANDRADE, A.G. Uso de drogas por adolescentes que buscam atendimento ambulatorial: comparação entre crack e outras drogas ilícitas – um estudo piloto. *Revista ABP-APAL*, 19(1): 07-17, 1997.

- SEIBEL, S. & CARVALHO, H.B. HIV, hepatite C e sífilis entre UDIs no Centro-Oeste. In: MESQUITA, F. & SEIBEL, S. (org.). *Consumo de Drogas : desafios e perspectivas*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- SILVEIRA, D. Abordagens terapêuticas. In: *Drogas, Aids e sociedade*. Brasília: Coordenação-Geral de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids, p. 141-151, 1995.
- SIMÃO, M. S. *Mulheres e homens alcoolistas: estudo comparativo de fatores sociais, familiares e de evolução*, 1999. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- SIMÃO, M. S. et al. Alcoolismo feminino: revisão de aspectos relacionados à violência. *Revista ABP-APAL*, 19(4): 139-148, 1997.
- SIMÕES, A. M. A. O uso de psicofármacos na toxicomania. In: *Drogas: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, 1993.
- SIQUEIRA, M.J. A prevenção e a escola. In: *Drogas: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago Ed, 1993.
- SOUZA, J.A. *Estudo epidemiológico descritivo de alcoolismo no bairro universitário de Campo Grande-MS*, 1995. Dissertação de Mestrado. Campo Grande: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.
- TROIS, C.C. et al. Prevalência de CAGE positivo entre estudantes de segundo grau de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 1994. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(3): 489-495, 1997.
- VARGAS, E. V. Os corpos intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais. In: DUARTE, L. F. D. & LEAL, O. F. (org.). *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.
- VELHO, G. Dimensão cultural e política do mundo das drogas. In: *Drogas: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago Ed., p. 274-2709, 1993.
- ZAGO, J. A. Drogadição: um jeito triste de viver. *Inform. Psiq.*, 13(4):1994.
- ZALUAR, A. Drogas, contexto cultural e cidadania. In: *Drogas: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago Ed., p. 251-260, 1993a.
- ZALUAR, A. A criminalização de drogas e o reencantamento do mal. *Revista do Rio de Janeiro, Uerj*, (1): 8-15, 1993b.

ZALUAR, A. Violência, dinheiro fácil e justiça no Brasil: 1980-1995. In: ACSELRAD, G. (org.). *Avessos do prazer. Drogas, aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO SOBRE VIOLÊNCIA: INSTRUMENTOS PARA A CIDADANIA

Kathie Njaine & Edinilsa Ramos de Souza

INTRODUÇÃO

Este texto procura refletir sobre as possíveis interconexões entre os estudos que tratam da questão da informação sobre causas externas e os que abordam a produção da informação sobre violência nos meios de comunicação. O material bibliográfico examinado compõe um levantamento de trabalhos científicos nacionais produzidos pelo campo da saúde pública e outras áreas médicas como a psicologia e psiquiatria, referentes à década de 90 e aos anos recentes.

Busca-se, principalmente, identificar as principais questões que estão sendo discutidas e as tendências que esses estudos apontam com relação à informação. Parte-se do pressuposto de que a informação em si e o aprimoramento das suas fontes têm uma potencial contribuição para a mudança social (Marteleto, 1987). No caso específico da presente reflexão, incide no controle, diminuição e prevenção dos acidentes e violências que atingem hoje, profundamente, a sociedade brasileira.

Primeiramente, faz-se necessário distinguir as noções de ‘informação’ e de ‘comunicação’. Segundo o *Dicionário Breve da Informação e da Comunicação*, enquanto “a comunicação se insere num processo interlocutivo e interativo, pressupondo um mundo vivido comum aos interlocutores, a informação tem a ver com a transmissão de saberes” (Rodrigues, 2000, p. 70). Mas, o que é comum a esses conceitos está dado pela capacidade de a comunicação e a informação penetrarem em todos os domínios das atividades humanas, em um processo constante de retroalimentação, criando a noção de ‘rede’ (Castells, 1999, p. 50). Essa revolução atual refere-se às

novas tecnologias de informação, processamento e comunicação em fluxos globais cada vez mais velozes.

Bougnoux (1994) afirma que as profissões que se dedicam à tarefa de informar, em todos os domínios humanos, têm se ampliado e superado aquelas que se voltam para outras atividades laborais, criando, em consequência, uma desigualdade em termos de repartição do trabalho. Em contrapartida, esse mesmo autor afirma que as atividades de comunicação trabalham contra a informação. Para os meios de comunicação, segundo esse autor, quanto mais complexa for a mensagem, menor será sua penetração, e quanto mais trivial, mais fácil será retê-la. Seriam então as informações de caráter científico destinadas somente àqueles que a produzem, e as mensagens produzidas pela mídia sobre violências transformadas em trivialidades?

A defasagem entre a representação do fenômeno da violência pela mídia e a realidade mostrada pelas pesquisas sobre violência é demarcada, sobretudo, no tratamento que a televisão e outras mídias dão aos eventos violentos, estigmatizando determinados grupos sociais como jovens, negros, pobres, homossexuais, índios e certos espaços como favelas e bairros periféricos das grandes cidades.

Por outro lado, no campo da saúde, observa-se que a atuação dos responsáveis pela geração de dados sobre violência é, muitas vezes, desprovida de significado. O profissional da saúde, sobretudo o médico, desqualifica a tarefa de preencher os formulários que geram a informação, considerando-a como a menos importante dentre todas as que eles têm de exercer. Isso ocorre basicamente por duas razões: primeiro, por causa de uma cultura que tradicionalmente desvaloriza o registro e, em segundo, porque não é dado ao profissional responsável pelo registro um *feedback* em termos de ações e medidas concretamente desencadeadas a partir da informação que foi gerada.

Diante das questões colocadas anteriormente, como então estimular o cidadão a fazer uso social da informação sobre violência, pergunta que concerne ao que aqui é analisado? Pierre Lévy oferece como indicação a necessidade da socialização do conhecimento dos problemas e o tratamento cooperativo das dificuldades. Tal tratamento, na visão desse autor, “requer a concepção de ferramentas de filtragem inteligente dos dados, navegação em meio à informação, simulação de sistemas complexos, comunicação transversal e observação recíproca das pessoas e grupos em função de suas atividades e de seus saberes” (Lévy, 1999, p. 62).

O USO DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO COMO EXERCÍCIO DE CIDADANIA

Nos estudos sobre os Sistemas de Informação sobre Morbimortalidade por Acidentes e Violências no Brasil, aqui analisados, já se percebe a existência de uma busca de socialização do conhecimento dos problemas. Seria então o caso de se perguntar em que sentido os estudiosos do tema vêm construindo uma cooperação para superarem as dificuldades identificadas nas pesquisas.

A informação referente à morbimortalidade por causas externas e os sistemas relacionados têm sido objeto de análises críticas nas últimas décadas. Pesquisadores da área da saúde pública detectaram há quase quatro décadas as insuficiências da informação oficial referente às causas de morte em geral (Milanesi & Laurenti, 1964 e Fonseca & Laurenti, 1974, ambos *apud* Mello Jorge, 1990). Em 1977, o Ministério de Saúde publicou um manual de instruções para o preenchimento da declaração de óbito, demonstrando a preocupação do setor em padronizar e aprimorar as informações para o país. Posteriormente, trabalho publicado por Laurenti e Mello Jorge (1987) traça o percurso da informação até o Atestado de Óbito, mostrando as deficiências que culminam com o não-preenchimento da causa básica da morte.

No início da década de 90, o Ministério da Saúde e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva realizaram um diagnóstico dos sistemas de saúde nacionais e constataram os seguintes problemas: a falta de padronização, normatização e de documentação dos sistemas; falta de compatibilização das informações e a inacessibilidade às informações (Abrasco, 1997). Em 1996, foi criada a Rede Integrada de Informações para Saúde (Ripsa) em uma ação conjunta do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) que definiram os indicadores básicos da saúde do país e formaram um comitê técnico das entidades produtoras de informações da saúde e seus usuários (Almeida & Alencar, 2000).

Durante a década de 90 e nos primeiros anos do século XXI, profissionais da área da saúde vêm intensificando as pesquisas voltadas para as ‘análises críticas de bancos de dados; análises de concordância entre diferentes fontes de informação; reflexões sobre os sistemas de informação em saúde’; e, mais recentemente, a ‘elaboração de políticas de informação para a redução da morbimortalidade por acidentes e violências’.

A maioria dos estudos da última década que se dedicam a ‘análises críticas de bancos de dados’, enfatiza as lacunas de informação desses

bancos e a necessidade de melhoria da qualidade de informação, principalmente no preenchimento da declaração de óbito. Esse documento, que constitui a fonte primária de informação sobre a mortalidade, padece de limitações, sobretudo no que se refere ao preenchimento da causa básica de morte. Outras informações essenciais como ocupação e nível de escolaridade da vítima, bem como o tipo de causa externa que provocou a morte deixam de ser informadas ou são pouco fidedignas.

A falta de articulação dos Institutos Médicos Legais com os demais órgãos responsáveis pelos registros que irão constituir as estatísticas do Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) tem sido objeto de crítica de quase todos os trabalhos aqui examinados. Esses problemas distorcem e encobrem os agravos à saúde que afligem a população, dificultam a tomada de medidas preventivas pelos setores ligados à questão da violência e impedem a vigilância necessária para a redução da morbimortalidade. Os sub-registros também são apontados como um dos principais problemas de informação sobre morbidade por causas externas. Por exemplo, o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (Sinitox) não exige que todos os estados apresentem os dados, sendo portanto um sistema formado por instituições voluntárias e por isso não tem uma cobertura em nível nacional satisfatória. E o Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS) não esclarece a causa provocadora da lesão que levou à internação. Questão mais crucial ainda é a que diz respeito à cobertura dos dados de morbidade por acidentes e violências, pois dela estão fora as informações dos hospitais de emergência (particularmente importantes no atendimento às lesões e traumas) e todo o setor privado. Autores mostram também a subutilização desses sistemas que poderiam contribuir para induzir ações que evitassem ou prevenissem os eventos fatais e não fatais (Costa Junior, 1997; Lebrão, Mello Jorge & Laurenti, 1997; Guerra et al., 2000; Matos, Rozenfeld & Bortoletto, 2002).

Os 'estudos de concordância' analisam as diferentes fontes de informação e verificam distorções no preenchimento da causa básica de óbito. Esses estudos, além de apontarem as dificuldades de identificação das variáveis associadas aos eventos violentos, evidenciam inconsistências quantitativas e qualitativas dessas fontes. Essas distorções incidem de forma negativa no conhecimento sobre os diversos tipos de acidentes e violências, os grupos e áreas sociais mais atingidos e aplicação de medidas de prevenção (Souza, 1991; Ladeira & Guimarães, 1998; Siqueira et al., 1999; Simões & Reichenheim, 2001; Coutinho, 1999; Barros, 2001).

Nos textos abrangidos pela revisão da bibliografia da década de 90, uma grande parcela dos estudos parte de análises locais a respeito da informação sobre violência e amplia a 'reflexão sobre os sistemas de morbimortalidade para causas externas' em nível nacional. O olhar sobre o fluxo dessas informações, na esfera da saúde pública, a partir do seu processo de geração, coleta, tratamento, armazenamento e disseminação, incorpora o questionamento sobre o uso socialmente adequado dessa informação. As críticas se dirigem tanto às limitações dos sistemas como às suas potencialidades (Antunes, 2001). Os autores tratam de questões como a cobertura do SIM, que corresponde a 80% de todos os óbitos do país, sendo bastante precária nas regiões mais remotas do país; o esclarecimento da causa básica de morte reduzindo a proporção de causa ignorada ou mal definida. Também a otimização da informação no âmbito nacional e uma melhor capacitação dos profissionais que lidam com os registros são ressaltadas na grande maioria dos trabalhos (Bortolletto, 1990; Machado, 1991; Gawryszewski, 1995; Souza, Nijaine & Minayo, 1996; D'Ávila, 1997; Mello Jorge, Gawryszewski & Latorre, 1997; Amorim, 1997; Drumond Jr., 1999; Kfourir, Nosow & Horta Filho, 2000; Njaine et al., 1997; Souza, 2002).

A questão da violência no Brasil vem mostrando para a sociedade a necessidade urgente de um debate público com os setores responsáveis pela saúde, educação, justiça e segurança da população. A mobilização em torno da segurança pública é maior, como consequência dos efeitos mais visíveis da violência no cotidiano e da representação social do fenômeno que é reduzido à criminalidade. No entanto, o conhecimento sobre as causas da violência ainda não é uma demanda direta da sociedade, tal qual as medidas de segurança. Essa preocupação está concentrada nos meios acadêmicos, nas entidades de defesa dos direitos da criança e do adolescente, da mulher, do idoso e de outros grupos vulneráveis, nas instituições de atendimento às vítimas da violência e nas organizações internacionais que atuam com esse foco, no país. Importante passo foi dado com a formulação e oficialização da 'Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências'. Esse documento, aprovado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 737 MS/GM, de 16 de maio de 2001, foi o resultado do investimento de diversos grupos de pesquisa e de atuação na sociedade civil. O objetivo principal da Política formulada e contendo estratégias de ação estabelecidas é a redução da morbimortalidade por acidentes e violências no Brasil (Brasil, 2001).

O referido documento, desde que se transforme em instrumento de ação, tem o potencial de representar uma efetiva 'cooperação', no sentido proposto por Pierre Lévy, na área da saúde pública. É com ela que o

Ministério da Saúde formaliza o tema no campo da saúde pública e institucionaliza e delimita o seu papel diante do problema. Além de diagnosticar as principais questões referentes à violência social, inclusive as relativas à informação, o texto da Política estabelece normas e diretrizes para ações de assistência e prevenção visando à promoção da saúde. Nela, o Ministério da Saúde além de prever sua própria responsabilidade, coloca-se como protagonista, conclamando os demais setores da sociedade civil, a comunidade acadêmica e todas as instâncias governamentais pertinentes a se unirem para uma atuação em conjunto.

Paralelamente, a Fundação Nacional de Saúde, através do Centro Nacional de Epidemiologia (Cenepi), também preocupada com os indicadores epidemiológicos sobre violência no país, criou a Coordenação de Doenças e Agravos não Transmissíveis. O Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública (Claves/Ensp/Fiocruz), tornou-se Centro Colaborador dessa Coordenação para estudos e análises que visam a melhorar e agilizar a informação com a implantação da vigilância epidemiológica para esses agravos. Esses caminhos percorridos pela área da saúde são possibilidades concretas de tornar o uso da informação socialmente adequado e a serviço da cidadania.

A COMUNICAÇÃO COMO FERRAMENTA PARA UMA MELHOR INFORMAÇÃO

A partir da década de 60, foram realizados nos Estados Unidos aproximadamente 3.500 estudos sobre os efeitos da violência na televisão, principalmente sobre o público infantil (Wartella, Olivarez & Jennings, 1999). Esses estudos surgiram a partir da preocupação de profissionais de saúde diante da crescente violência nos programas de televisão, paralelamente à constatação de um aumento do comportamento agressivo em crianças e adolescentes. A literatura científica sobre violência na mídia, no âmbito internacional, concentra-se principalmente nas áreas da medicina, psicologia e pediatria.

No Brasil, a produção científica no campo da saúde sobre o tema violência na mídia ainda é pequena, em torno de 15 trabalhos foram aqui identificados, destacando-se uma contribuição maior da área da psicologia, apesar de esta não se constituir numa linha de investigação continuada e representativa em termos nacionais. Tais estudos têm se dedicado, sobretudo, ao público infantil. O trabalho de Coutinho (1972), considerado pioneiro na temática televisão-adolescente no Brasil, já destacava a

centralidade dessa mídia na vida do adolescente brasileiro, a incorporação de valores dos adultos exibidos na TV, mas também o interesse dos jovens pelos temas educativos e informacionais.

Em 1998, um estudo global da Unesco, realizado em 23 países, inclusive no Brasil, com 5.000 crianças de 12 anos de idade, procurou entender, através de aplicação de questionários, como esse grupo etário percebe a violência na tela. O estudo mostrou que a televisão é um meio sempre presente em todas as regiões pesquisadas, e que as crianças passam mais tempo em frente à TV (uma média de 3 horas/dia) do que utilizando um outro meio de comunicação (rádio ou livros), ou realizando qualquer outra atividade, inclusive lição de casa. Essa pesquisa ressaltou o fascínio que a violência exerce nas crianças e o modo como relacionam a recompensa dos heróis da tela às suas ações e conflitos na vida real, sugerindo que a televisão pode servir de modelo para esse grupo. No entanto, o estudo da Unesco também identifica o que vários estudos anteriores já vinham alertando, que é preciso investigar outros fatores como a inter-relação entre a mensagem e a personalidade da criança, seu ambiente real, sua experiência com agressão, suas circunstâncias familiares e contexto cultural de sua existência (Groebel, 1999).

No campo da saúde pública do Brasil, os trabalhos são praticamente inexistentes, fazendo-se necessário um investimento dessa área para uma compreensão cultural específica sobre a violência na mídia, voltada para a prevenção e para a promoção da saúde de crianças e adolescentes. Reato (2001) e Yunes (2001) destacam que, do ponto de vista da saúde pública e da epidemiologia, a programação violenta nos meios de comunicação é considerada como um fator de risco para a violência em geral. Entretanto, faltam dados mais sistematizados que estabeleçam essa correlação. Yunes (2001) ressalta que a desproporcional exibição de cenas violentas na mídia pode contribuir para o incremento da violência social e na moldagem de atitudes e comportamentos dos jovens. Os pesquisadores propõem a mediação de pais e profissionais de saúde e educação nesse binômio televisão-adolescente para promover orientação e prevenção sobre os riscos para crianças e jovens.

Embora a produção acadêmica sobre violência na mídia, do ponto de vista da saúde, ainda seja pequena, algumas tendências podem ser apontadas. Uma parcela da produção examinada realiza os estudos segundo a teoria dos efeitos da exposição à violência na mídia para verificar a associação entre assistir a cenas de violência e comportamento agressivo (Vasconcelos, 1995; Kasprzak, 1997; Rangel, 1997; Gomide, 2000). Essas análises enfatizam que a agressividade é aprendida social-

mente e que existe uma influência dos programas violentos no comportamento de crianças e adolescentes.

Há um grupo significativo de textos sobre representações sociais que os jovens fazem a respeito da violência e dos eventos violentos envolvendo esse grupo social, constatando a importância da mídia na formação dessas representações (Figaro, 1994; Hamann, 1996; Minayo et al., 1999; Menin, 2000). Alguns trabalhos sobre drogadição apontam o papel da mídia na representação negativa que a sociedade possui a respeito do usuário de drogas (Coelho Jr. & Gontie, 2000; Gorgulho, 2001). Outros estudos realizam análises de discursos de textos midiáticos (televisão, impresso) para tentar compreender a função ideológica desses meios na construção da imagem de determinados eventos violentos, grupos sociais e etários (Pinsky, 1994; Ribeiro, Pergher & Torosian, 1998; Njaine & Minayo, 2002). Uma pesquisa sobre a produção do envelhecimento da mulher investiga o discurso de alguns periódicos dirigidos ao público feminino e constata que para atingir um modelo estético apresentado pela mídia, as mulheres assumem cuidados dispendiosos e 'violentos', que causam dependência e prejudicam a saúde (Flores & Silva, 2000).

Um pequeno número de estudos aborda a mídia como um meio complementar para a informação sobre os eventos violentos, seja para entender a que é praticada por adolescentes dentro do quadro institucional, ou para reconstruir o fato violento procurando ligações entre a vítima e o agressor (Noronha, Daltro & Mendes, 1993; Fonseca et al., 2000). Esses trabalhos, em vez de efetuarem uma crítica, utilizam-se das várias mídias para realizar suas análises.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizando estas reflexões, destacam-se alguns pontos para discussão. A primeira questão a ser destacada retoma a problematização realizada por Pierre Lévy em relação à socialização e à cooperação, para superar as dificuldades relativas à informação. A criação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências mostra-se como uma possibilidade de concretizar uma ação cooperativa em torno do problema da violência e da busca de soluções coletivas. No entanto, há um longo caminho a ser percorrido para a realização plena dessa política. As sementes mais promissoras que estão brotando referem-se aos núcleos de estudos e pesquisas que vêm sendo implantados nos estados e municípios e a programas nacionais e estaduais com o objetivo de prevenir os acidentes

de trânsito. Entretanto, há necessidade de maior investimento em discussão de prioridades e estratégias de ação, no sentido de garantir estruturação dos sistemas e capacitação de pessoal para a vigilância.

O segundo ponto diz respeito às mensagens da mídia sobre violência e a forma como a informação sobre esse fenômeno é transmitida. Há um excesso de exibição de programas contendo cenas interpessoais, institucionais e simbólicas de violência na mídia, sobretudo na televisão. Isso perpassa toda a programação sem, contudo, informar adequadamente à sociedade sobre os fatores relacionados a esse fenômeno. As dinâmicas e complexidades da violência não são devidamente focalizadas, resultando numa fragmentação e banalização da informação.

A enxurrada de programas violentos que são transmitidos têm levado a que pesquisadores da área da saúde, educação e justiça indiquem a necessidade de intervenção, não em forma de censura, mas por meio de critérios, normas e padrões acordados socialmente. Segundo Chesnais (1999), há um desequilíbrio de forças entre os interesses dos produtores e dos consumidores, pelo fato de a sociedade não dispor de instrumentos de controle e regulação sobre a programação. Nesse sentido, o público tem um papel passivo com relação ao monopólio dos meios de comunicação, o que não quer dizer que o receptor dessa programação violenta a interprete tal qual o sentido dado pelos meios. Portanto, enquanto esse público não tiver voz ativa existirá uma contradição no exercício de uma verdadeira prática democrática pluralista nos meios de comunicação.

É importante ressaltar, também, que alguns jornalistas vêm cumprindo um papel fundamental para a qualificação da informação sobre violência e para o tratamento digno às suas vítimas e autores. Enquanto a maioria se utiliza do sensacionalismo para retratar essas questões, outros preocupam-se em buscar informações mais fidedignas, científicas, investigando as causas e estabelecendo uma ponte entre o mundo acadêmico e a sociedade. Esses profissionais atuam na melhoria da informação sobre violência tanto quanto os profissionais de saúde.

Além das características de entretenimento e informação, a mídia deve cumprir um papel educativo. Infelizmente este tem sido delegado, há décadas, às televisões educativas, como se fosse possível seccionar em departamentos o que é educativo ou não. Atualmente parece estar havendo maior conscientização das redes de televisão comerciais sobre a importância de sua atuação. Desse modo, alguns gêneros televisivos como a telenovela e mesmo os noticiários vêm abordando de forma mais pedagógica alguns temas sociais. Esse é um dos caminhos possíveis para a socialização das informações sobre os problemas.

O levantamento nacional da produção científica sobre os temas abordados neste capítulo, embora possa não ser exaustivo, permitiu a elaboração destas reflexões. Espera-se ter contribuído para o aprofundamento das questões aqui tratadas, compartilhando os problemas inerentes à informação nesse campo de conhecimento, visando a sua superação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRASCO. Compatibilização de base de dados nacionais. *Informe Epidemiológico do SUS*, 6(93): 25-33, 1997.
- ALMEIDA, M. F. & ALENCAR, G. P. Informações em saúde: necessidade de introdução de mecanismos de gerenciamento dos sistemas. *Informe Epidemiológico do SUS*, 9 (4): 241-249, 2000.
- AMORIM, A. E. *Acidentes de transporte rodoviário de cargas perigosas em trânsito: em busca de um sistema de informação integrador dos setores saúde e meio ambiente*, 1997. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- ANTUNES, M. B. C. *Municipalização e qualidade da informação em saúde: o processo de descentralização do sistema de informação sobre mortalidade em Pernambuco e o preenchimento da declaração de óbito*, 2001. Dissertação de Mestrado. Recife: Saúde Coletiva, Universidade Federal de Pernambuco.
- BARROS, M. D. A.; XIMENES, R. & LIMA, M. L. C. Preenchimento de variáveis nas declarações de óbitos por causas externas de crianças e adolescentes no Recife, de 1979 a 1995. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1): 71-8, 2001.
- BORTOLETTO, M. E. *Tóxicos, civilização e saúde: contribuição à análise dos Sistemas de Informações Tóxico-Farmacológicas no Brasil*, 1990. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas.
- BOUGNOUX, D. *Introdução às ciências da informação e da comunicação*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências: Portaria MS/GM nº 737 de 16/05/01 publicada no DOU n. 96 seção 1E, de 18/05/01*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 64 p. (Série E. Legislação de Saúde, 8).
- CASTELLS, M. *A sociedade em rede*. São Paulo: Paz e Terra, 1999. v.1.

- CHESNAIS, J. C. A violência no Brasil: causas e recomendações políticas para a sua prevenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1): 53-69, 1999.
- COELHO JÚNIOR, M. L.; GONTIÊS, B. Consumo de álcool e maconha entre adolescentes: uma perspectiva psicossocial do tema. *Arquivo Brasileiro de Psicologia*. 52(4): 45-59, 2000.
- COSTA JUNIOR, M. L. *Análise crítica do banco de dados de mortalidade do Ministério da Saúde, utilizando os dados sobre homicídios ocorridos no município de São Paulo*, 1997. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- COUTINHO, E. S. F. Confiabilidade da informação sobre uso recente de medicamentos em um estudo caso-controle de base hospitalar. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(3): 553-558, 1999.
- COUTINHO, L. F. *Adolescente e televisão: estudo junto a adolescentes ginásianos da cidade de Londrina*, 1972. Tese de Doutorado. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- D'AVILA, A. M. M. P. *Estudo dos sistemas de informações em morbimortalidade por causas externas no município de Ribeirão Preto*, 1997. Dissertação de Mestrado. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- DRUMOND JR., M. et al. Avaliação da qualidade das informações de mortalidade por acidentes não especificados e eventos com intenção indeterminada. *Revista de Saúde Pública*, 33(3): 273-280, 1999.
- FIGARO, C. J. *Um amargo imprevisto que acontece: um estudo sobre as representações de estupro*, 1994. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- FLORES E SILVA, Y. *Cuidado de si ou violência corporal? A produção da velhice feminina na mídia*, 2000. Tese de Doutorado. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.
- FONSECA, C. R. B. et al. Violência na adolescência: um desvio de foco individual ou social? *Revista Paulista de Pediatria*, 18(3): 140-142, 2000.
- GAWRYSZEWSKI, V. P. *A mortalidade por causas externas no município de São Paulo, 1991*, 1995. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
- GOMIDE, P. I. C. A influência dos filmes violentos em comportamento agressivo de crianças e adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(1), 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 13 jan. 2003.

- GORGULHO, M. *Estudo da influência da mídia na representação social do usuário de drogas ilícitas, para a construção de uma política oficial brasileira*, 2001. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- GROEBEL, J. O Estudo global da Unesco sobre violência na mídia. In: CARLSON, U. & VON FEILITZEN, C. (orgs.). *A criança e a violência na mídia*. São Paulo: Cortez; Brasília: Unesco, 1999. p. 217-239.
- GUERRA, H. L. et al. A morte de idosos na clínica Santa Genoveva, Rio de Janeiro: um excesso de mortalidade que o sistema público de saúde poderia ter evitado. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2): 545-551, 2000.
- HAMANN, E. M. *Adolescente pobre, escola e prisão: as práticas representações e cenários culturais dos riscos de HIV/Aids*, 1996. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- KASPRZAK, R. G. *Desenhos animados em tempo de violência: uma contribuição para pensar a construção de valores sociomoraís em crianças pré-escolares*, 1997. Dissertação de Mestrado, Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- KFOURI, E. V.; NOSOW, E. & HORTA FILHO, H. C. A qualidade das informações sobre vítimas fatais em acidentes de trânsito. *Revista da Associação Brasileira de Acidentes e Medicina de Tráfego*, 33/34: 38-43, 2000.
- LADEIRA, R. M. & GUIMARÃES, M. D. C. Análise da concordância da codificação de causa básica de óbito por acidentes de trânsito. *Revista de Saúde Pública*, 32(2): 133-137, 1998.
- LAURENTI, R. & MELLO JORGE, M. H. P. *O atestado de óbito*. 2. ed. São Paulo: Centro Brasileiro de Classificação de Doenças, 1987.
- LEBRÃO, M. L.; MELLO JORGE, M. H. P. & LAURENTI, R. Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos. *Revista de Saúde Pública*, 31(Supl. 4): 26-37, 1997.
- LÉVY, P. *A inteligência coletiva: por uma antropologia do ciberespaço*. São Paulo: Edições Loyola, 1999.
- MACHADO, J. M. H. *Violência no trabalho e na cidade: epidemiologia da mortalidade por acidente de trabalho registrada no município do Rio de Janeiro em 1987 e 1988*, 1991. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

- MARTELETO, R. M. Informação: elemento regulador dos sistemas, fator de mudança social ou fenômeno pós-moderno? *Ciência da Informação*, Brasília, 16(2): 169-180, jul./dez. 1987
- MATOS, G. C.; ROZENFELD, S. & BORTOLETTO, M. E. Intoxicações medicamentosas em crianças menores de cinco anos. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 2(2): 167-176, 2002.
- MELLO JORGE, M. H. P. Situação atual das estatísticas oficiais relativas a mortalidade por causas externas. *Revista de Saúde Pública*, 24(3): 217-222, 1990.
- MELLO JORGE, M. H. P.; GAWRYSZEWSKI, V. P. & LATORRE, M. R. D. O. Análise dos dados de mortalidade. *Revista de Saúde Pública*, 31(supl. 4): 5-25, 1997.
- MENIN, M. S. S. Representações sociais de justiça em adolescentes infratores: discutindo novas possibilidades de pesquisa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(1): 1-16, 2000.
- MINAYO, M. C. S. et al. *Fala galera: juventude, violência e cidadania*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.
- NJAINÉ, K. et al. A produção da (des)informação sobre violência: análise de uma prática discriminatória. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(3): 405-414, 1997.
- NJAINÉ, K. & MINAYO, M. C. S. Análise do discurso da imprensa sobre rebeliões de jovens infratores em regime de privação de liberdade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(2): 285-297, 2002.
- NORONHA, C. V.; DALTRO, M. E. P. & MENDES, C. M. C. Violência e mortalidade na Bahia: o perfil das vítimas e tendências recentes. *Informe Epidemiológico do SUS*, 2(3):35-56, 1993.
- PINSKY, I. *Análise da propaganda de bebidas alcóolicas na televisão brasileira*, 1994. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- RANGEL, J. G. A violência na TV e os adolescentes: a importância de variáveis psicológicas antecedentes. *Psique*, 7(11): 84-99, 1997.
- REATO, L. F. N. Meios de comunicação. In: SAITO, M. I. & SILVA, L. E. V. (ed.). *Adolescência: prevenção e risco*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 207-219.
- RIBEIRO, T. W.; PERGHER, N. K. & TOROSIAN, S. Drogas e adolescência: uma análise da ideologia presente na mídia escrita

- destinada a grande público. *Psicologia Reflexiva Crítica*, 11 (3): 421-430, 1998.
- RODRIGUES, A. D. *Dicionário breve da informação e da comunicação*. Portugal: Editorial Presença, 2000.
- SIMÕES, E. M. S. & REICHENHEIM, M. E. Confiabilidade das informações de causa básica nas declarações de óbito por causas externas em menores de 18 anos no município de Duque de Caxias, Rio. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(3): 521-31, 2001.
- SIQUEIRA, A. A. F. et al. Mortalidade feminina na região sul do município de São Paulo: qualidade da certificação médica dos óbitos. *Revista de Saúde Pública*, 33(5): 499-504, 1999.
- SOUZA, E. R.; NJAINE, K. & MINAYO, M. C. S. Qualidade da informação sobre violência: um caminho para a construção da cidadania. *Informare – Cadernos do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação*, 2(1): 104-112, 1996.
- SOUZA, E. R. Processos, sistemas e métodos de informação em acidentes e violências no âmbito da Saúde Pública. In: MINAYO, M. C. S. & DESLANDES, S. F. (org.). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 255-273
- SOUZA, E. R. *Violência velada e revelada: estudo epidemiológico da mortalidade por causas externas em Duque de Caxias – RJ*, 1991. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- VASCONCELOS, A. Sociogênese da violência contemporânea. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(7): 333-339, 1995.
- WARTELLA, E.; OLIVAREZ, A. & JENNINGS, N. A criança e a violência na televisão nos EUA. In: CARLSSON, U. & VON FEILITZEN, C. *A criança e a violência na mídia*. São Paulo: Cortez; Brasília: Unesco, 1999. p. 61-70
- YUNES, J. Epidemiologia da violência. In: OLIVEIRA, M. C. (org.). *Demografia da exclusão social: temas e abordagens*. Campinas, SP: Editora da Unicamp, Nepo, 2001. p. 145-164.

Formato: 16 x 23 cm

Tipologia: Baker Signet e Baskerville

Papel: Pólen bold 70g/m²(miolo)

Cartão supremo 250g/m² (capa)

Fotolitos: Laser vegetal (miolo)

Engenho & Arte Editoração Gráfica Ltda. (capa)

Reimpressão e acabamento: Imprinta Express Gráfica e Editora Ltda.

Rio de Janeiro, julho de 2011.

Não encontrando nossos títulos em livrarias,

contactar a EDITORA FIOCRUZ:

Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 Manguinhos

21040-361 – Rio de Janeiro – RJ.

Tel.: (21) 3882-9039 e 3882-9041

Telefax: (21) 3882-9006

www.fiocruz.br/editora

editora@fiocruz.br



Violência sob o Olhar da Saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira é uma obra construída pelo coletivo de pesquisadores, estagiários e bolsistas do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli da Fundação Oswaldo Cruz (Claves/Fiocruz). Sintetiza dados e reflexões dos últimos vinte anos, estabelecendo o estado do conhecimento sobre o impacto da violência na saúde da população brasileira e no sistema de saúde. O livro tem um foco setorial e responde a uma pergunta básica dos profissionais e investigadores da área: 'o que o campo da saúde tem a ver com a violência, um tema até hoje tratado prioritariamente pela segurança pública?' Os textos não opõem métodos e nem adotam divisões disciplinares tradicionais. Pelo contrário, evidenciam que o setor saúde tem visão e papel específicos ao tratar do problema da violência, dentro de uma abordagem interdisciplinar e de práticas intersetoriais. Portanto, este livro traz uma contribuição tanto para pesquisadores e estudiosos do campo da saúde coletiva, da sociologia, da antropologia, da política, da segurança pública, quanto para formuladores e gestores das políticas públicas.

ISBN 85-7541-028-8



9 788575 410288